

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTA PRIMIGRAVIDA DENGAN
PERPANJANGAN KALA IID RUANG BERSALIN PUSKESMAS
SIKUMANA
TANGGAL 13 S/D 17 TAHUN 2016



OLEH :

SELVIANA DAHU
NIM : 132 111 093

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTA PRIMIGRAVIDA
DENGAN PERPANJANGAN KALA II DI RUANG BERSALIN
PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 13 S/D 17 TAHUN 2016

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Memperoleh Gelar
Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb)



OLEH :

SELVIANA DAHU
NIM : 132 111 093

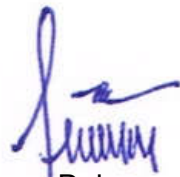
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN PERPANJANGAN KALA II DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA”** ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Juli 2016

Yang Menyatakan



Selviana Dahu
NIM : 132 111 093

LEMBAR PERSETUJUAN TIM PENGUJI

Karya tulis ilmiah ini dengan judul “**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN PERPANJANGAN KALA II DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA**”. Telah disetujui dan diajukan dalam seminar studi kasus mahasiswi atas nama: Selviana Dahu NIM: 132 111 093, Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan benar-benar telah dipertahankan di depan tim penguji pada tanggal 05 September 2016

Menyetujui

Pembimbing

Pembimbing I

Maria C.F. Djeky, SST, M.Kes

Pembimbing II

Endah Dwi Pratiwi, SST

Mengetahui,

Ketua

STIKes CHM- Kupang



drg. Jeffrey Jap, M kes

Ketua Program Studi D III

Kebidanan

STIKes CHM- Kupang

Ummu Zakiah SST, M. Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Karya tulis ilmiah ini dengan judul “**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN PERPANJANGAN KALA II DI RUANGAN BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA**”. Telah sahkan dan diajukan dalam seminar studi kasus mahasiswi atas nama: Selviana Dahu NIM: 132 111 093, Program Studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri kupang dan benar-benar telah dipertahankan di depan tim penguji pada tanggal 08 November 2016

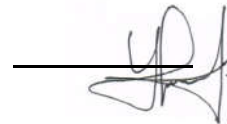
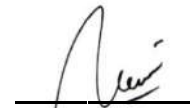
Tim penguji

Ketua : Ummu Zakiah SST, M. Keb

Anggota :

1. Maria C.F Djeky, SST, M.Kes
2. Endah Dwi Pratiwi , SST

Tanda Tangan



Mengetahui,

Ketua
STIKes CHM- Kupang



drg. Jeffrey Jap, M kes

Ketua Program Studi D III
Kebidanan
STIKes CHM- Kupang



Ummu Zakiah SST, M. Keb

BIODATA PENULIS

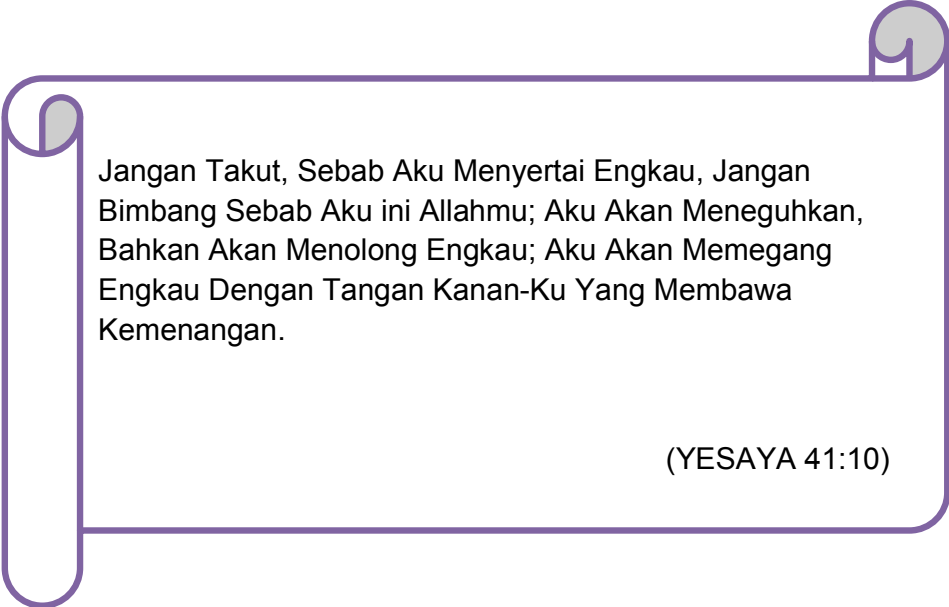
1. Biodata

- a. Nama : Selviana Dahu
- b. Tempat/Tanggal Lahir : Wanibesak, 05 September 1993
- c. Agama : Kristen Katolik
- d. Alamat : Wanibesak – Kab. Malaka

2. Riwayat Pendidikan

- a. Tahun 2007 : Tamat SDK Kuluaonan Wanibesak
- b. Tahun 2010 : Tamat SMP Negeri 2 Malaka Barat
- c. Tahun 2013 : Tamat SMA Kristen 1 Kupang
- d. Tahun 2013 Sampai Sekarang Sedang menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.

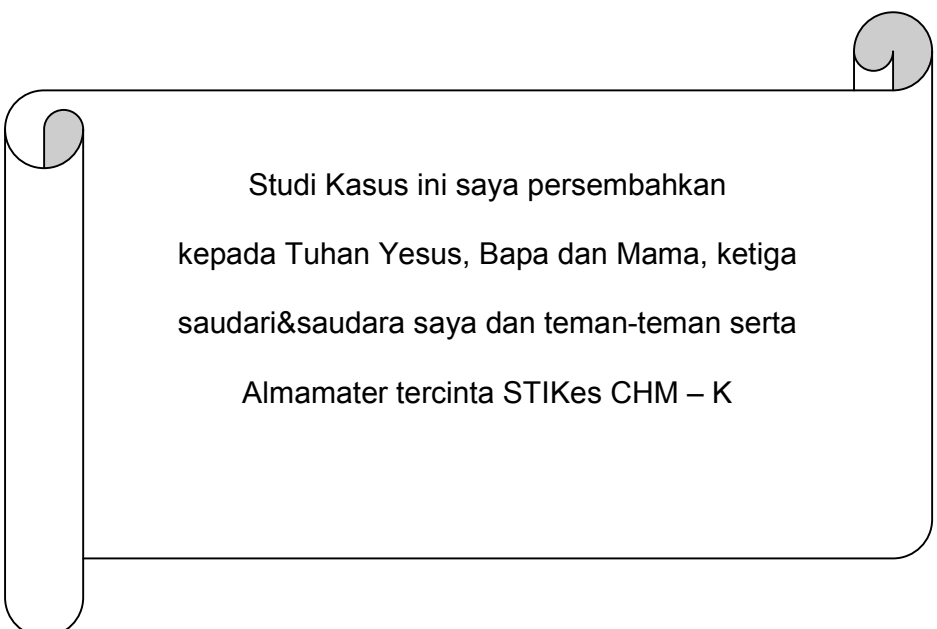
MOTTO



Jangan Takut, Sebab Aku Menyertai Engkau, Jangan Bimbang Sebab Aku ini Allahmu; Aku Akan Meneguhkan, Bahkan Akan Menolong Engkau; Aku Akan Memegang Engkau Dengan Tangan Kanan-Ku Yang Membawa Kemenangan.

(YESAYA 41:10)

PERSEMBAHAN



Studi Kasus ini saya persembahkan
kepada Tuhan Yesus, Bapa dan Mama, ketiga
saudari&saudara saya dan teman-teman serta
Almamater tercinta STIKes CHM – K

ABSTRAK

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan CHM-K
Jurusan Kebidanan Kupang
Studi Kasus, Juli 2016
Selviana Dahu/132 111 093**

Latar belakang: Jumlah persalinan dengan tindakan SC sebanyak 389 orang atas indikasi partus macet/Kala II lama dari bulan Januari s/d Desember 2014 sebanyak 10 orang atau 3,89% sedangkan tahun 2015 sebanyak 429 orang atas indikasi partus macet/Kala II lama dari bulan Januari s/d Desember 2015 sebanyak 11 orang atau 3,9%. Dilihat dari data di atas, partus lama/kala II lama dari tahun 2015 mengalami peningkatan 1%.

Tujuan: Melaksanakan Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan pada Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

Metode : Studi kasus yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif.

Hasil: Ny. A. N, G1P0A0 mengatakan perutnya mules serta sakit pada pinggang dan menjalar keperut bagian bawah dan sudah keluar lendir bercampur darah dari ajalan lahir. Antisipasi masalah potensial pada Ny. A. N tidak ada, karena tidak ditemukan masalah pada saat pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan, informasikan keadaan ibu, ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, observasi persalinan melalui partograf dan evaluasi tindakan berdasarkan asuhan yang dilakukan, ditemukan adanya tindakan SC yang dilakukan atas indikasi perpanjangan Kala II dimana grafik kemajuan persalinan melewati garis waspada.

Kesimpulan: Dari penelitian yang dilakukan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

Kata kunci: Intrapartal, Primigravida, Perpanjangan Kala II.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Primigravida Dengan Perpanjangan Kala II Di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana”**, dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar ahli madya kebidanan (Amd. Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenalkan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Maria. C. F. Djeky, S.ST, M.Kes selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran bagi saya dalam penyusunan studi kasus ini.
2. Endah Dwi Pratiwi, S.ST selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran bagi saya dalam penyusunan studi kasus ini.
3. Ummu Zakiah SST, M. Keb selaku Ketua Tim Penguji yang telah meluangkan waktu untuk menjadi penguji dalam studi kasus ini.
4. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri yang telah memperkenalkan saya untuk menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

5. Drg. Jeffrey Jap, M.Kes, selaku ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberi ijin melaksanakan ujian studi kasus ini.
6. Ummu Zakiah, SST, M.Keb, selaku ketua prodi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberi kesempatan kepada saya untuk menyelesaikan studi kasus ini.
7. Ny. A. N. dan keluarga atas kesediaan sebagai responden atas pengambilan studi kasus ini.
8. Para dosen program studi DIII Kebidanan yang telah banyak memberikan motivasi dalam penyelesaian studi kasus ini.
9. Kedua orang tua tercinta, Bapak Gabriel Manek dan Mama Clementina Bitu, ketiga saudara dan saudara tercinta serta semua keluarga yang telah memberi dukungan doa, semangat, nasehat dan biaya, sehingga saya dapat menyelesaikan studi kasus ini.
10. Teman – teman Angkatan VI STIKes CHMK, khususnya kelas Kebidanan B, yang telah memberikan dukungan bagi penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.
11. Semua pihak yang terlibat secara moril maupun materil dalam penyelesaian studi kasus ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan terhadap penulis dalam menyelesaikan laporan karya tulis ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa karya tulis ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap bahwa Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pembaca khususnya bagi mahasiswa kebidanan ataupun keperawatan.

Kupang, Juli 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI	v
BIODATA PENULIS	vi
MOTO	vii
LEMBAR PERSEMBAHAN.....	viii
ABSTRAK	ix
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Dasar Persalinan	8
2.2 Konsep Dasar Secsio Cesarea.....	63

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas	75
2.4 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	80
2.5 Konsep Asuhan Kebidanan Persalinan.....	88
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	108
3.1. Jenis Penelitian Dan Rancangan Penelitian	108
3.2. Populasi, Sample dan Sampling	109
3.3. Pengumpulan Data dan Analisa Data	110
3.4. Kerangka Kerja	112
3.5 Etika Penelitian	114
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	115
4.1 Tinjauan Kasus	115
4.2 Pembahasan.....	130
BAB V PENUTUP.....	139
5.1 Kesimpulan	139
5.2 Saran	141
DAFTAR PUSTAKA.....	142
LAMPIRAN	

DAFTAR SINGKATAN

A	: Abortus
AH	: Anak Hidup
APD	: Alat Pelindung Diri
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBMK	: Bayi Besar untuk Masa Kehamilan
CPD	: <i>Cephalo Pelvic Disproportion</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
G	: Gravida
Hb	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IU	: Internasional Unit
IM	: Intra Muskular
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IV	: Intra Vena
KMK	: Kecil Menurut Masa Kehamilan
KB	: Keluarga Berencana
LBK	: Letak Belakang Kepala
N	: Nadi

Ny	: Nyonya
P	: Para
PAP	: Pintu Atas Panggul
PBP	: Pintu Bawah Panggul
RR	: Respirasi Rate (pernapasan)
S	: Suhu
SI	: Satuan Internasional
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TP	: Tafsiran Partus
TTV	: Tanda-Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
UUB	: Ubun-Ubun Besar

HALAMAN LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar permintaan menjadi responden.....	144
Lampiran 2 Lembar persetujuan menjadi responden.....	145
Lampiran 3 Partograf	146
Lampiran 4 Askeb Persalinan	147
Lampiran 5 Dokumentasi Kunjungan Rumah	178

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Derajat kesehatan suatu negara ditentukan oleh beberapa indikator, salah satu indikator tersebut adalah Angka Kematian Ibu (AKI). Sebab kematian ibu dan bayi sering terjadi terutama saat proses persalinan (Koblinsky et al, 2006). Persalinan merupakan hal yang fisiologis, namun dalam perjalanannya tidak semua persalinan berjalan dengan normal. Penyebab kematian ibu di Indonesia di antaranya disebabkan oleh komplikasi selama persalinan. Salah satu bentuk komplikasi persalinan adalah perpanjangan Kala II. Perpanjangan kala II merupakan suatu keadaan dimana tidak terjadinya kemajuan persalinan ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) yang pada primipara berlangsung lebih dari 2 jam dan multipara berlangsung lebih dari 1 jam (Marisah dkk, 2011).

Lembaga kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) memperkirakan di seluruh dunia setiap tahun terdapat lebih dari 585.000 ibu meninggal saat hamil atau bersalin. Rasio kematian maternal pada tahun 2002-2003 ada 228 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada Survey Demografi Kesehatan Indonesia 2007. Namun angka ini meningkat pada Survey

Demografi Kesehatan Indonesia 2012 menjadi 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup. (Profil Depkes RI, 2013). Angka kematian ibu di NTT sebesar 176 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan NTT, 2013). Angka kematian ibu khususnya di Kota Kupang sebesar 61 per 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kota Kupang, 2013). Berdasarkan data yang di peroleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, jumlah persalinan dengan tindakan SC sebanyak 389 orang atas indikasi partus macet/Kala II lama dari bulan Januari s/d Desember 2014 sebanyak 10 orang atau 3,89% sedangkan tahun 2015 sebanyak 429 orang atas indikasi partus macet/Kala II lama dari bulan Januari s/d Desember 2015 sebanyak 11 orang atau 3,9%. Dilihat dari data di atas, partus lama/kala II lama dari tahun 2015 mengalami peningkatan 1%.

Data di atas menyebutkan bahwa penyebab kematian ibu di Indonesia di antaranya disebabkan oleh komplikasi selama persalinan. Salah satu bentuk komplikasi persalinan adalah perpanjangan Kala II. Faktor-faktor penyebab Kala II lama adalah kelainan letak janin, kelainan-kelainan panggul, kelainan his, pimpin partus yang salah, janin besar atau kelainann kongenital, primitua, perut gantung, grandemulti dan ketuban pecah dini (Purwaningsih dan Fatmawati, 2010). Adapun dampak persalinan lama dapat menimbulkan konsekuensi serius bagi salah satu atau keduanya

sekaligus. Dampak persalinan lama yang terjadi pada ibu antara lain infeksi intrapartum, ruptura uteri, cincin retraksi patologis, pembentukan fitsula, dan cedera otot-otot dasar panggul, sedangkan yang terjadi pada bayi antara lain caput succedaneum dan molase kepala janin (Prawirohardjo, 2011).

Upaya atau solusi untuk mengurangi angka kematian ibu akibat partus macet atau Kala II lama yaitu meningkatkan cakupan pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, pengukuran Lingkar Lengan Atas, pemberian tablet tambahan darah minimal 90 tablet selama kehamilan, konseling untuk pemenuhan kebutuhan akan nutrisi atau makanan yang bergizi seimbang untuk mengurangi terjadinya komplikasi pada saat persalinan (Profil Kesehatan Indonesia 2014).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “ Asuhan Kebidanan pada Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana dengan pendekatan Manajemen Asuhan Kebidanan menurut 7 langkah Varney.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas dapat di rumuskan masalah dalam penelitian “Bagaimana Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan pada

Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruangan Bersalin Puskesmas Sikumana?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan umum

Melaksanakan Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan pada Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruangan Bersalin Puskesmas Sikumana.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian dan pengumpulan data secara lengkap pada Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruangan Bersalin Puskesmas Sikumana.
2. Menganalisa masalah dan diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar pada Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruangan Bersalin Puskesmas Sikumana.
3. Mengantisipasi masalah potensial yang terjadi pada Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruangan Bersalin Puskesmas Sikumana.
4. Melaksanakan tindakan segera pada Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruangan Bersalin Puskesmas Sikumana.
5. Menentukan rencana asuhan yang akan diberikan pada Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruangan Bersalin Puskesmas Sikumana.

6. Melaksanakan tindakan sesuai perencanaan pada Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.
7. Mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.
8. Menganalisis teori dan kasus pada intrapartal primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

1.4. Manfaat Penelitian.

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan bagi ilmu kebidanan dan tidak terlepas dari kemungkinan bagi disiplin ilmu lainnya.

1.4.2 Praktis

1. Bagi penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman penulis dalam penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ibu Intrapartal Primigravida Dengan Perpanjangan Kala II.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi dokumen dan bahan bacaan bagi mahasiswa kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang,

sehingga pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat tercapai.

3. Bagi Tempat Penelitian

Menjadi gambaran informasi sehingga dapat meningkatkan manajemen asuhan kebidanan pada ibu Intrapartal perpanjangan Kala II.

4. Bagi masyarakat

Dengan mengetahui kasus ini masyarakat lebih waspada dan akan meningkatkan kunjungan antenatal pada ibu hamil dan untuk mendeteksi dini komplikasi yang akan terjadi.

1.5. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan yang dipakai dalam membuat laporan studi kasus ini adalah sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan berisi tentang :

- 1.1 Latar Belakang.
- 1.2 Rumusan Masalah
- 1.3 Tujuan Penulisan
- 1.4 Manfaat
- 1.5 Sistematika Penulisan

BAB II Tinjauan Teori berisi tentang :

- 2.1 Konsep Dasar Persalinan
- 2.2 Konsep Dasar Seksio Sesarea
- 2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.4 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

2.5 Konsep Asuhan Persalinan Normal

BAB III Metode Penelitian berisi tentang :

3.1 Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

3.2 Populasi, Sampel dan sampling

3.3 Pengumpulan Data dan Analisa Data

3.4 Kerangka Kerja Penelitian

3.5 Etika Penelitian

BAB IV Tinjauan Kasus dan pembahasan berisi tentang :

4.1 Tinjauan kasus

4.2 Pembahasan

BAB V Penutup berisi tentang :

5.1 Kesimpulan

5.2 Saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Persalinan Fisiologis

1. Pengertian

- 1) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Nurasiah, 2012).
- 2) Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. (Asuhan Persalinan Normal 2008).
- 3) Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan posisi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohadjo, 2008).

- 4) Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur (Rohani, dkk, 2010)
- 5) Persalinan adalah (labour) rangkaian peristiwa mulai dari kencang-kencang teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Sumarah, dkk, 2008).
- 6) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri), yang dapat hidup di luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. (Mochtar, 1998).
- 7) Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Varney dkk, 2007).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa: Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, janin menurun ke dalam jalan lahir dan pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan

(37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

2. Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan Kebidanan adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). (Sumarah, 2010).

Tujuan asuhan pada persalinan yang lebih spesifik adalah:

- 1) Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan bayi.
- 2) Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), mulai dari hamil hingga bayi selamat.
- 3) Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi secara tepat waktu
- 4) Memberi dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama

persalinan dan kelahiran bayinya.(Hidayat. A, Sujiyatini, 2010)

3. Faktor-faktor Yang Menyebabkan Persalinan

Menurut Hidayat, Sujiyatini (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

1. Power (Tenaga Yang Mendorong Anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

- 1) His (Kontraksi)
 - a. His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks.
 - b. Terdiri dari: his pembukaan, his pengeluaran, dan his pelepasan uri.
 - c. His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks.
- 2) Tenaga mengejan
 - a. Kontraksi otot-otot dinding perut
 - b. Kepala didasar panggul merangsang mengejan
 - c. Paling efektif saat kontraksi/his

2. Passage (Jalan Lahir)

1. Bagian-bagian tulang panggul

Tulang Panggul terdiri dari empat buah tulang, yaitu: dua os coxae, satu os sacrum, satu os coccygis.

1) Dua os coxae

1. *Os illium*

Titik penting:

- a) Spina iliaca anterior superior: tempat perlekatan ligamentum inguinale.
- b) Spina iliaca posterior superior: setinggi vertebra sacral kedua, dari luar tampak sebagai lekuk pada kulit.
- c) Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior ke spina illiaca posterior superior.

2. *Os ischium*

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior.

- a) *Corpus* membentuk acetabulum
- b) Ramus superior terletak di belakang dan bawah korpus
- c) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior pubis
- d) Spina isciadica memisahkan insisura isciadica mayor dengan insisura isciadica minor

- e) Tuber isciadicum adalah bagian terbawah iscium dan merupakan tulang duduk pada manusia.

3. *Os pubis*

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

- a) Corpus mempunyai medial yang kasar. Bagian ini menjadi bagian yang satu dengan bagian yang sama pada os pubis sisi yang lain sehingga membentuk symphysis pubis. Muskulus lefator ani melekat pada permukaan dalam os pubis.
- b) Crista pubis adalah tepi atas corpus.
- c) Tuberculum pubis adalah ujung lateral crista pubica.
- d) Ramus superior bertemu dengan corpus osis pubis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus osisi illii pada linea illiopectinae. Ramus superior membentuk sebagian acetabulum.
- e) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior ossis ischii.

4. *Os sacrum*

- a) Berbentuk segitiga, basis di atas, apek di bawah.
- b) Terdiri dari 5 os vertebra yang tumbuh menjadi satu
- c) Di antara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui articulation sacroiliaca.
- d) Permukaan atas vertebra sacralis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra lumbal ke-5
- e) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung
- f) Promontorium, adalah tepi anterior superior vertebra sacralis pertama. Bagian ini sedikit menonjol ke dalam cavum pelvis, sehingga mengurangi diameter antero posterior aditus pelvis.

5. *Os coccygis*

Pelvis mayor di sebelah atas pelvis minor, superiordari linea terminalis. Fungsi obstetrinya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.

- a) Terbentuk dari 4 buah vertebra rudimenter.
- b) Permukaan atas vertebra coccygis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra sacralis ke-5, sehingga membentuk artikulasi coccygis. Dari atas kebawah pada coccygis melekat otot coccygis, m.levator ani dan m.spinter ani eksternus.
- c) Tulang-tulang tersebut (os coxae,os sacrum,os cocyges) bersendi pada empat buah artikulasio.
- d) Artikulasio sacroiliaca: sendi terpenting menghubungkan os sacrum dengan os ilium. Simpisis pubis menghubungkan kedua os pubis. Artikulasio sacro coccygys menghubungkan os sacrum dengan os coccygis.

2. Bidang panggul

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan.

1) Pintu Atas Panggul

1. Diameter transversa (13,5 cm)
2. Konjugata obstetrica normal >10 cm
3. Konjugata anatomica
4. Jarak antara pertengahan promontorium dan pertemuan crista pubica (permukaan atas os pubis), 11,5 cm.
5. Konjugata obstetrica.
6. Jarak antara pertengahan promontorium dengan margo superior posterior superior symphysis pubis 11 cm.
7. Konjugata diagonalis.
8. Jarak antara angulus subpubikus dengan pertengahan promontorium , 12,5 cm.
9. Diameter transversa
10. Jarak terbesar antara linea iliopectinae kanan dan kiri 13,5 cm.
11. Diameter oblik dekstra
12. Jarak antara articulatio dekstra dengan eminentia iliopetinea sinistra, 12,5 cm.
13. Diameter sagitalis posterior

14. Jarak antara persilangan diameter anterior posterior dengan diameter transversa dengan pertengahan promontorium, 4,5 cm.

2) Bidang Luas Panggul

1. Diameter interspinosum (10 cm)
2. Bidang terkecil dari kavum pelvis

Bagian terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran.

Batasannya adalah:

- a) Anterior: titik tengah permukaan belakang os pubis
- b) Lateral: sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium.
- c) Posterior: hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga.

Diameter yang penting

- a. Diameter antero posterior

Jarak antara titik tengah permukaan belakang os pubis 12,75 cm

- b. Diameter transversa

Jarak terbesar tepi lateral kanan dan kiri bidang tersebut 12,5 cm. Bidang terkecil dari cavum pelvis. Ruang paling sempit,

paling sering terjadi macetnya persalinan.

Terbentang dari apek arkus subpubis, melalui spina isciadika ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5).

c. Batas-batas: tepi bawah simpisis pubis; spina ischiadica; lig sacrospinosum; os sacrum.

d. Diameter penting

1) Diameter anteroposterior (tepi bawah simpisis pubis ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5). 12,5 cm.

2) Diameter transversa: antara spina ischiadica kanan-kiri 10,5 cm.

3) Diameter sagitalis posterior: dari distantia interspinarum ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5. 4,5-5 cm.

3) Pintu Bawah Panggul

Dua buah segitiga yang mempunyai basis bersama dan merupakan bagian terbawah, yaitu distansia inetrspinosum.

- 1) Batas segitiga depan: basisnya: distansia
intertuberosum: apexnya: angulus
subpubicus; sisinya: ramus osis pubis dan
tuber ischiadicum
- 2) Batas segitiga belakang; basisnya: distansia
interspinosum; Apexnya: articulatio
sacrococcygealis; sisinya: ligamentum
sacrotuberosum

Diameter Pintu Bawah Panggul

- 1) Diameter antero posterior anatomis
Dari margo inferior symphysis pubis ke ujung
os coccygis , 9,5 cm
- 2) Diameter antero posterior obstetric. Dari
margo inferior symphysis pubis ke articulatio
sacrococcygealis 9 cm.
- 3) Diameter transversa .
Jarak antara permukaan dalam tuber
ischiadicum kanan-kiri 11 cm.
- 4) Diameter sagitalis posterior.
Dari pertengahan diameter transversa ke
artikulasio sacro coccygealis 9 cm.

5) Diameter sagitalis.

Dari pertengahan diameter transversa ke angulus subpubicus. 6 cm.

4) Bidang Sempit Panggul

1) Ruang paling sempit, paling sering terjadi macetnya persalinan.

2) Terbentang dari apek arcus subpubicus, melalui spina ischiadica ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5)

3) Batas-batas:

- a) Tepi bawah symphysis pubis
- b) Spina ischiadica
- c) Ligamentum sacrospinous
- d) Os sacrum

4) Diameter penting

a) Diameter antero posterior (tepi bawah symphysis pubis ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5). 12,5 cm.

b) Diameter transversa: antara spina ischiadica kanan-kiri. 10,5 cm.

c) Diameter sagitalis posterior: dari distantia interspinarum ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5. 4,5-5 cm.

3) Passager (fetus)

- 1) Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
- 2) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali.
- 3) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
- 4) DJJ mulai terdengar minggu 18/10
- 5) Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- 6) Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram
- 7) Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama.

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passager adalah:

1. Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:
 - a. Presentasi kepala (vertex, muka dan dahi)
 - b. Presentasi bokong : bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete Breech), letak lutut atau letak kaki (Incomplete Breech)

c. Presentasi bahu (letak lintang).

2. Sikap janin

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya *fleksi*, *defleksi*, dll.

3. Posisi janin

Hubungan bagian/point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

- a. Sisi panggul ibu: kiri, kanan dan melintang.
- b. Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula.
- c. Bagian panggul ibu: depan, belakang.

4. Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir.

1) Bentuk-bentuk oval janin

- a) Bentuk oval kepala diameter antero posterior lebih panjang.
- b) Bahu dan badan diameter transversa lebih panjang.
- c) Dua bagian oval tersebut tegak lurus satu sama lain.

2) Kepala janin

Dari sudut pandang obstetric kepala janin adalah yang terpenting karena merupakan bagian janin yang paling besar, keras, sering merupakan bagian terendah jani, sehingga jika kepala suda lahir, tidak terjadi kesulitan untuk bagian lainnya.

- a) Atap tengkorak: cranium terdiri dari: os occipital (belakang); os parietal (kedua sisi), 2 buah; os temporal, 2 buah; os frontale (depan), 2 buah.
- b) Cranium terdapat pada satu membrane.
- c) Waktu lahir tulang ini tipis, lunak dan hanya di hubungkan dengan membrane tersebut, ruang di sebelahnya saling overlapin/merubah bentuk untuk saling menyesuaikan diri dengan panggul bila ada tekanan.

3) Sutura pada tengkorak

Sutura adalah sela-sela di antara tulang yang ditutupi oleh membran. Kegunaan: memungkinkan terjadinya *moulage*; dengan

meraba sutura akan dapat mengetahui posisi kepala janin.

a) Sutura sagitalis

Terletak diantara ossa parietal, berjalan pada arah antero posterior di anatar frontanel dan membagi kepala menjadi bagian kanan dan kiri.

b) Sutura lambdoidea

Berjalan transversal dari fontanella posterior dan memisahkan os occipital dari kedua ossa parietal.

c) Sutura coronalis

Berjalan transversal dari fontanella anterior dan terletak diantara os parietalis dan os frontalis

d) Sutura fontalis

Terletak diantara kedua ossa frontalis dan merupakan lanjutan kedepan sutura sagitalis. Berjalan dari glabella ke bregma.

4) Diameter kepala janin

- a) Diameter biparietalis: antara tuber parietal kanan-kiri (diameter transversa yang terbesar; 9,5 cm).
- b) Diameter bitemporalis: terletak diantara os temporalis (diameter transversa terpendek: 8 cm).
- c) Diameter occipitofontalis: berjalan dari pertemuan antara permukaan bawah os occipital dengan leher ke pusat bregma (diameter antero posterior waktu kepala masuk panggul dalam keadaan fleksi maksimal: 9,5 cm).
- d) Diameter occipitofrontalis: terbentang antara protuberantia occipitalis eksterna dan labella. 11 cm. diameter anteroposterior bila kepala masuk panggul dalam sikap militer/antara fleksi dan ekstensi.
- e) Diameter verticomentalis, berjalan dari dagu ke vertex, 13,5 cm, diameter antero posterior kepala terpanjang. Penting

pada presentasi dahi/kepala setenga ekstensi.

- f) Diameter sub mentobregmetika: berjalan dari pertemuan leher dengan rahang bawah ke pusat bregma. 9,5 cm. diameter pada presentasi muka (kepala ekstensi maksimal)

5) Lingkar kepala

- a) Pada bidang occipitofrontalis lingkaran kepala 34,5 cm.
- b) Pada bidang suboccipitobregmetika 32-34 cm.

6) Pengertian dari beberapa istilah mengenai kondisi kepala janin

a) Moulage

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2008), molase adalah: Kemampuan kepala janin untuk merubah bentuknya dengan demikian menyesuaikan diri dengan panggul ibu yang akan dilalui.

Menurut Sastrawinata (1983) molase adalah perubahan bentuk kepala dalam usaha menyesuaikan diri dengan

bentuk panggul ialah dengan bergesernya tulang tengkorak yang lain.

Menurut Wiknjosastro, dkk (2008)

Penyusupan (molase) adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko disproporsi kepala-panggul (CPD). Ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disproporsiditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang-tindih (molase) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan. Apabila ada dugaan disproporsi kepala-panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan dugaan proporsi kepala-panggul

(CPD) ke fasilitas kesehatan rujukan.

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antara tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban.

Gunakan lambang-lambang berikut:

0: tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.

1: tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.

3: tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

b) Caput succadeneum

Pembengkakan kulit kepala setempat yang terbentuk dari efusi serum, terlihat pada waktu lahir. Hilang setelah 24-36 jam

c) Cepalhematoma

Perdarahan yang terjadi di bawah periostenum satu/lebih tulang tengkorak disebabkan oleh

trauma pada tulang kepala. Timbul beberapa jam setelah lahir. Hilang dalam waktu 6-12 minggu.

4) Hubungan janin dengan panggul

Untuk memahami keadaan janin di dalam uterus dan panggul, istilah :

1. Letak: hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu
2. Presentasi: menunjukkan pada bagian janin yang ada di atas PAP

Presentasi bokong, presentasi kepala, presentasi bahu

1. Bagian terendah: bagian terbawah janin dan terletak paling dekat dengan serviks. Pada pemeriksaan dalam bagian yang teraba pertama kali.
2. Sikap: hubungan antara bagian janin yang satu dengan yang lainnya.

Fleksi, ekstensi

1. Penunjuk : titik yang telah ditentukan pada bagian terendah janin yang digunakan untuk menyebutkan kedudukan.
2. Kedudukan : hubungan antara penunjuk dengan bagian depan, belakang atau samping panggul ibu.

4. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya kekuatan His. Dengan demikian dapat dikemukakan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan :

1. Teori penurunan hormonal

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekenjangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun (Mochtar. R, 1998).

2. Teori plasenta menjadi tua

Plasenta tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim. (Mochtar. R, 1998).

3. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai (Rohani, dkk, 2010).

4. Teori penurunan progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi sejak umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Rohani, dkk, 2010).

5. Teori Oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofise pars posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hick. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai. (Sumarah, dkk, 2008).

6. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi

persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan. (Sumarah, dkk, 2008).

7. Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hipokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi segera dikeluarkan. (Sumarah, dkk, 2008)

8. Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikale dari *pleksus frankenhauser* yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat di bangkitkan (Sumarah, dkk, 2008).

5. Tahapan Persalinan

Tahapan-tahapan persalinan adalah sebagai berikut (Rohani, 2010):

1. Kala I (Kala Pembukaan).

Kala satu persalinan adalah sebagai permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan *servik* yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Hal ini dikenal sebagai tahap pembukaan *servik*.

Kala satu persalinan dibagi ke dalam dua urutan fase: laten dan aktif dan fase transisi dari pembukaan 8 sampai 10 sentimeter. Setiap fase persalinan ditandai oleh perubahan fisik dan perubahan psikologis yang dapat diukur. Perubahan fisik digunakan untuk mengevaluasi kemajuan persalinan, sedangkan, perubahan psikologis digunakan untuk menentukan fase persalinan yang dicapai wanita tanpa melakukan pemeriksaan dalam dan untuk mengarahkan bidan dalam memberi dukungan dan mengambil tindakan yang tepat untuk meningkatkan kenyamanan.

a. Fase Laten.

Fase laten merupakan periode waktu awal dari persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif dan berlangsung 7-8 jam. Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.

b. Fase Aktif.

Fase aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari tiga sampai empat sentimeter (atau pada akhir fase laten) hingga 10 sentimeter (atau akhir kala satu persalinan).

Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terendah janin. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin).

Kala II persalinan dimulai dengan dilatasi serviks dan diakhiri dengan kelahiran bayi, Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi.

Tanda dan Gejala kala II:

- 1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vaginanya.
- 3) Perineuma menonjol.
- 4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

3. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta).

Kala III persalinan dimulai saat proses kelahiran bayi selesai dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta. Kala tiga persalinan berlangsung rata-rata antara 5 dan 10 menit. Akan tetapi kisaran normal kala tiga sampai 30 menit (Varney, 2008:).

4. Kala IV (Kala Pengawasan).

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu:

- a. Tingkat kesadaran.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan
- c. Kontraksi uterus.

- d. Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

6. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Hidayat. A, dkk (2010), tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain:

1) *Lightening*

Lightening yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sevalik, kepala bayi biasanya menancap setelah *lightening*. *Lightening* adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar didalam ruang abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun *lightening* tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi akibat struktur di area pelvis minor (Hidayat. A, dkk, 2010).

2) **Perubahan serviks**

Mendekati persalinan serviks semakin matang kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti puding dan mengalami

sedikit penipisan dan kemungkinan mengalami dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Perubahan servix diduga terjadi akibat peningkatan intensitas *Braxton hicks*. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan (Hidayat. A, dkk, 2010).

3) **Persalinan palsu**

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi dari persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *Braxton hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar 6 minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermitten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum awitan persalinan sejati (Hidayat. A, dkk, 2010).

4) **Ketuban pecah**

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, disebut ketuban pecah dini (KPD) (Hidayat. A, dkk, 2010).

5) Bloody Show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai bloody show (Hidayat. A, dkk, 2010).

6) Lonjakan Energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil, mereka terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka dan bertenaga penuh. Para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktifitas yang sebelumnya tidak mampu mereka lakukan, akibatnya mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita tersebut memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita tersebut harus diberi informasi tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri

menggunakan dan menghematnya untuk persalinan (Hidayat. A, dkk, 2010).

7. Tanda Gejala Inpartu

1. Kekuatan his bertambah, makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi makin pendek sehingga menimbulkan rasa sakit yang lebih hebat.
2. Keluar lendir dan darah lebih banyak.
3. Kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
4. Pada pemeriksaan dalam serviks mulai mendatar dan pembukaan lengkap (Prawirohardjo, 2000).

2.1.2 Persalinan Kala II lama

1. Pengertian

Begitu serviks mencapai dilatasi penuh, jangka waktu sampai terjadinya kelahiran tidak boleh melampaui 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara. (Oxorn, 2010).

Kala II lama adalah persalinan yang sudah dipimpin mengejan pada primigravida dibatasi 2 jam dan diperpanjang sampai 3 jam apabila digunakan analgesia regional, sedangkan pada multigravida dibatasi 1 jam dan diperpanjang sampai 2 jam apabila digunakan analgesia regional. (Prawirohardjo, 2010).

Perpanjangan kala II merupakan suatu keadaan dimana tidak terjadinya kemajuan persalinan ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) yang pada primipara berlangsung lebih dari 2 jam dan multipara berlangsung lebih dari 1 jam (Marisah dkk, 2011).

Diagnosis kala II lama yaitu pembukaan serviks lengkap, dilatas serviks di kanan garis waspada pada partograf, kondisi ibu ingin mencedan tetapi tidak ada kemajuan persalinan.

2. Etiologi partus lama

Menurut Purwaningsih dan Fatmawati (2010), sebab-sebab terjadinya partus lama ini sangat kompleks, dan tergantung pada pengawasan saat hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaannya.

Faktor-faktor penyebabnya adalah :

- 1) Kelainan letak janin
- 2) Kelainan-kelainan panggul
- 3) Kelainan his
- 4) Pimpin partus yang salah
- 5) Janin besar atau kelainann kongenital
- 6) Primitua
- 7) Perut gantung, grandemulti
- 8) Ketuban pecah dini

Menurut Prawirohardjo (2009), sebab-sebabnya dapat dibagi menjadi 3 golongan yaitu :

1) Kelainan tenaga (Kelainan His)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terjadi pada setiap persalinan, tidak dapat diatas sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

2) Kelainan Janin

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau dalam bentuk janin.

3) Kelainan Jalan Lahir

Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa mengalami kemajuan persalinan atau dapat menyebabkan kemacetan.

Menurut Chapman (2006), dalam kontes kesejahteraan ibu dan janin, persalinan lama dapat terjadi akibat berbagai alasan dan bisa saja “normal” untuk seorang individu. Berbagai penyebab yang dapat dicegah, termasuk stres psikologis dan masalah fisik, dapat berakibat persalinan lama, kontraksi yang tidak adekuat.

Beberapa penyebab adalah :

- 1) Respons stres
- 2) Presentasi/posisi janin
- 3) Disproporsi sefalopelvik
- 4) Pembatasan mobilitas dan postur setengah berbaring
- 5) Puasa ketat
- 6) Analgesia dan
- 7) Paling jarang penyebab fisik

3. Komplikasi

Komplikasi yang timbul karena perjalanan persalinan lama adalah ibu mengalami kelelahan karena tanpa makan dan minum serta berpengaruh pada kondisi janin dalam rahim. Ibu mengalami dehidrasi, tampak sakit, pucat, mata cekung, dan berkeringat dingin, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, dan suhu tubuh meningkat. His mulai melemah dan perut tampak kembung. Pada pemeriksaan dalam, terdapat tanda infeksi intrauterin (lohea berbau, berwarna keruh, tampak bercampur mekonium dan oedema vulva), ada caput succedaneum, terjadi oedema porsio, dan bagian terendah janin sulit didorong ke atas. Pada janin dapat mengalami asfiksia sampai terjadi kematian dalam rahim. (Manuaba, 2008).

Dampak persalinan lama dapat menimbulkan konsekuensi serius bagi salah satu atau keduanya sekaligus. Dampak persalinan lama yang terjadi pada ibu antara lain infeksi intrapartum, ruptura uteri, cincin retraksi patologis, pembentukan fitsula, dan cedera otot-otot dasar panggul, sedangkan yang terjadi pada bayi antara lain caput sucsedaneum dan molase kepala janin. (Prawirohardjo, 2011).

4. Gejala Klinis

Menurut Purwaningsih dan Fatmawati (2010), gejala klinis pada partus lama yaitu :

1) Pada Ibu

- a. Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus.
- b. Didaerah lokal sering dijumpai oedema vulva, oedema seviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

2) Pada Janin

- a) Denyut jantung janin cepat/tidak teratur, bahkan negatif, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau.
- b) Kaput suksadeneum yang membesar
- c) Moulage kepala yang hebat.
- d) Kematian janin dalam kandungan.

e) Kematian janin intra partum.

Menurut Nungraheny (2010), gejala utama partum lama adalah :

- 1) Dehidrasi
- 2) Tanda infeksi : suhu tinggi, nadi dan respirasi cepat
- 3) Pemeriksaan abdomen : lingkaran Bandle tinggi, nyeri segmen bawah rahim.
- 4) Pemeriksaan lokal vulva vagina : oedema vulva, cairan ketuban berbau, cairan ketuban bercampur mekonium.
- 5) Pemeriksaan dalam : oedema serviks, bagian terendah sulit didorong ke atas, terdapat kaput pada bagian terendah.
- 6) Keadaan janin dalam rahim : asfixia sampai terjadi kematian.
- 7) Akhir dari persalinan kasep adalah : ruptur uteri imminens sampai ruptur uteri, kematian karena perdarahan dan atau infeksi.

5. Penatalaksanaan Perpanjangan Kala II

Upaya mengedan ibu menambah resiko pada bayi karena mengurangi jumlah oksigen ke plasenta. Dianjurkan mengedan secara spontan (mengedan dan menahan napas terlalu lama, tidak dianjurkan).

1. Jika presentasi dan tanda-tanda obstruksi bisa disingkirkan berikan infuse oksitosin.
 - 1) Oksitosin digunakan secara hati-hati karena gawat janin dapat terjadi dari hiperstimulasi. Walaupun jarang, ruptur uteri dapat pula terjadi, lebih-lebih pada multipara.
 - 2) Dosis efektif oksitosin bervariasi. Infus oksitosin dalam RL, dengan tetesan dinaikkan secara gradual sampai his adekuat.
 - 3) Pantau denyut nadi, tekanan darah dan kontraksi ibu hamil, dan periksa denyut jantung janin (DJJ).
 - 4) Catat semua pengamatan pada partograf setiap 30 menit (kecepatan infus oksitosin, frekuensi dan lamanya kontraksi dan DJJ). Dengar DJJ tiap 30 menit dan selalu langsung setelah kontraksi. Apabila DJJ kurang dari 100 kali/menit, segera hentikan infuse.
 - 5) Infuse oksitosin 2,5 unit dalam 500 Cc dekstrose (garam fisiologik) RL mulai dari 10 tetes/menit.
 - 6) Naikkan kecepatan infuse 10 tetes/menit tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik), dan pertahankan sampai terjadi kelahiran.

7) Jika terjadi hiperstimulasi (lama kontraksi lebih dari 60 detik) atau lebih dari 4 kali kontraksi dalam 10 menit, hentikan infuse dan kurangi hiperstimulasi dengan :

- Terbutalin 250 mcg I.V. pelan-pelan selama 5 menit, atau
- Salbutanol 5 mg dalam 500 ml cairan (garam fisiologik atau ringer laktat) 10 tetes/menit.

8) Jika tidak terjadi kontraksi yang adekuat (3 kali tiap 30 menit dengan lama lebih dari 40 detik) setelah infuse oksitosin mencapai 60 tetes/menit :

- Naikkan konsentrasi oksitosin menjadi 5 unit dalam 500 ml dekstrose (atau garam fisiologik) dan sesuaikan dengan infuse sampai 30 tetes/menit (15 mIU/menit).
- Naikkan kecepatan infuse 10 tetes/menit tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) atau setelah infuse oksitosin mencapai 60 tetes/menit.

9) Jika masih tidak tercapai kontraksi yang adekuat dengan konsentrasi yang lebih tinggi :

- Pada multigravida, induksi dianggap gagal, lakukan seksio sesarea.
 - Pada primigravida, infuse oksitosin bisa dinaikkan konsentrasinya yaitu :
 - a. 10 unit dalam 500 ml dekstrore (atau garam fisiologik) 30 tetes/menit.
 - b. Naikkan 10 tetes tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat.
 - c. Jika kontraksi tetap tidak adekuat setelah 60 tetes/menit (60 mIU/menit), lakukan seksio sesarea.
- 5) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala
- a. Jika kepala tidak lebih dari 1/5 diatas simphisis pubis atau bagian tulang kepal di stasion (0), lakukan vakum atau cunam.
 - b. Jika kepala diantara 1/5 sampai 3/5 di atas simphisis pubis, atau bagian tulang kepala di antara stasion (0)-(2), lakukan ekstraksi vakum.
 - c. Jika kepala lebih dari 3/5 di atas simpisis pubis, atau bagian tulang kepala di atas stasion (-2), lakukan seksio sesarea. (Prawirohardjo, 2010 : M-56).

Manurut Purwaningsih dan Fatmawati (2010), penanganan partus lama antara lain :

1) Perawatan Pendahuluan

- a. Suntukan Cortone 100-200 mg intra muskular
- b. Penisilin prokain 1 juta IU intramuskular.
- c. Infuse cairan larutan garam fisiologis, larutan glukosa 5-10% pada jam pertama : 1 liter/jam.
- d. Istirahat 1 jam untuk observasi, kecuali bila keadaan mengharuskan untuk segera bertindak.

2) Pertolongan

Dapat dilakukan partus spontan. Ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, manual aid pada letak sungsang embriotomi bila janin meninggal, seksio sesarea dan lain-lain.

6. Induksi persalina

Induksi persalinan ialah suatu tindakan terhadap ibu hamil yang belum inpartu baik secara operatif ,aupun medisinal, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan (Sarwono, 2002).

Menurut Mochtar (1998), indikasi dilakukan induksi persalinan yaitu :

- a. Penyakit hipertensi dalam kehamilan termasuk pre-eklampsia dan eklampsia.

- b. Postmaturitas
- c. Ketuban pecah dini
- d. Kematian janin dalam kandungan
- e. Diabetes melitus pada usia kehamilan 37 minggu
- f. Rhesus antagonismus
- g. Penyakit ginjal berat
- h. Hidramnion yang besar (berat)
- i. Cacat bawaan seperti anensefalus
- j. Keadaan gawat janin atau gangguan pertumbuhan janin
- k. Primigravida tua
- l. Perdarahan antepartum

Menurut Sarwono (2002), indikasi dilakukan induksi persalinan yaitu :

- a. Indikasi janin
 - 1. Kehamilan lewat waktu
 - 2. Ketuban pecah dini
 - 3. Janin mati
- b. Indikasi ibu
 - 1. Kehamilan dengan hipertensi
 - 2. Kehamilan dengan diabetes melitus

Kontra indikasi menurut Sarwono (2002), yaitu :

- a. Malposisi dan malpresentasi janin
- b. Insufisiensi plasenta

- c. Disproporsi sefalopelvik
- d. Cacat rahim, misalnya pernah mengalami secsio secarea, enukleasi miom
- e. Grande multipara
- f. Gamelli
- g. Distensi rahim yang berlebihan misalnya pada hidramnion
- h. Plasenta previa

Menurut Mochtar (1998), Induksi partus dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu :

a. Cara Kimiawi (*chemical*)

Yaitu dengan cara memberikan obat-obatan yang merangsang timbulnya his.

1) Cara yang dulu dipakai, sekarang tidak dikerjakan lagi, hanya untuk diketahui yaitu :

- Pemberian kina : obat yang diberikan adalah tablet kina bisulfat 0,2 gram. Diberikan 1 tablet setiap jam dengan dosis 5-6 tablet.

2) Cara yang sekarang banyak dipakai yaitu :

- Oksitosin drip : kemasan yang dipakai adalah pitosin, sintosinon. Pemberiannya dapat secara suntikan intramuskular, intavena infus tetes, dan secara bukal. Yang paling baik dan

aman adalah pemberian infus tetes (drip) karena dapat diatur dan diawasi efek kerjanya.

Cara :

1. Kandung kemih dan rektum terlebih dulu dikosongkan.
2. Kedalam 500cc dekstrosa 5% dimasukkan 5 satuan oksitosin dan diberikan perinfus dengan kecepatan pertama 10 tetes permenit.
3. Kecepatan dapat dinaikan 5 tetes dalam 15 menit sampai tetes maksimal 4-60 tetes permenit.
4. Oksitosin drip akan lebih berhasil bila nilai pelvik diatas 5 dan dilakukan amniotomi.

b. Cara Mekanis

- 1) Melepaskan selaput ketuban dengan jari yang dapat masuk kedalam kanalis servikalis selaput ketuban yang melekat dilepaskan dari dinding uterus sekitar ostium uteri internum. Cara ini dapat lebih berhasil bila serviks sudah terbuka dan kepala sudah turun. Dianggap bahwa dengan bersamaan turunnya kepala dan lepasnya selaput ketuban maka selaput ini akan

lebih menonjol dan karenanya akan menekan pleksus frankenhauser yang akan merangsang timbulnya his dan terbukanya serviks.

2) Memecahkan ketuban (amniotomi)

Hendaknya ketuban baru dipecahkan kalau memenuhi syarat sebagai berikut :

- a. Serviks sudah matang atau skor pelvis diatas 5.
- b. Pembukaan kira-kira 4-5 cm.

Syarat-syarat pemberian nfus oksitosin menurut Sarwono (2002), yaitu :

1. Kehamilan aterm.
2. Ukuran panggul normal
3. Tidak ada CPD (disproporsi antara pelvis dan janin).
4. Janin dalam presentasi kepala.
5. Serviks sudah matang yaitu porsio teraba lunak, mulai mendatar dan sudah mulai membuka.

7. Partograf

Partograf adalah alat bantuyang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam. mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal(Depkes RI, 2007).

a. Penggunaan Partograf :

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit.
- 2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Spesialis Obgin, bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran).
- 4) Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu (Prawirohardjo, 2002).

b. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

- 1) Denyut jantung janin setiap 1/2 jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 1/2 jam
- 3) Nadi setiap 1/2 jam

- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- 5) Penurunan kepala setiap 4 jam
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- 7) Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam

c. Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk:

- 1) Informasi tentang ibu: Nama, umur, Gravida, para, abortus (keguguran), Nomor catatan medis/nomor puskesmas. Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu), Waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi janin: DJJ, Warna dan adanya air ketuban, Penyusupan (molase) kepala janin
- 3) Kemajuan persalinan: Pembukaan servik, Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin, Garis waspada dan garis bertindak
- 4) Jam dan waktu: Waktu mulainya fase aktif persalinan, Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
- 5) Kontraksi uterus: Frekuensi dan lamanya

- 6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan: Oksitosin dan Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
- 7) Kondisi ibu: Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh, Urin (volume, aseton atau protein)
- 8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom yang tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan).

d. Mencatat temuan Partograf

- 1) Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: "jam" pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Catat waktu terjadinya pecah ketuban.

- 2) Kesehatan dan kenyamanan janin: Kolom, lajur dan skala angka pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

- a) Denyut jantung janin

Dengan menggunakan metode seperti yang diuraikan pada bagian Pemeriksaan fisik, nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin).

Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus.

DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160. Untuk tindakan-tindakan segera yang harus dilakukan jika DJJ melampaui kisaran normal ini. Catat tindakan-tindakan yang dilakukan pada ruang yang tersedia di salah satu dari kedua sisi partograf.

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini: U: Ketuban utuh (belum pecah), J: Ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih, M: Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium, D: Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah, K: Ketuban sudah

pecah dan tidak ada air ketuban ("kering"). Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin. Jika terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin < 100 atau >180 kali per menit), ibu segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Tetapi jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki asuhan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir.

c) Molase (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (CPD). Gunakan lambang-lambang berikut ini: 0 :tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan, tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat

dipisahkan, tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

3) Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Masing-masing angka mempunyai lajur dan kotak tersendiri. Setiap angka/kotak menunjukkan besarnya pembukaan serviks. Kotak yang satu dengan kotak yang lain pada lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

4) Pembukaan serviks

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian Pemeriksaan Fisik dalam bab ini, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dari

pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda "X" dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

5) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian Pemeriksaan fisik di bab ini. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tapi kadangkala, turunnya bagian terbawah/presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm.

6) Jam dan waktu

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan. Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan, di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan, setiap kotak

menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya, saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatkan pembukaan serviks di garis waspada, kemudian catatkan waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika pemeriksaan dalam menunjukkan ibu mengalami pembukaan 6 cm pada pukul 15.00, tuliskan tanda "X" di garis waspada yang sesuai dengan angka 6 yang tertera di sisi luar kolom paling kiri dan catat waktu yang sesuai pada kotak waktu di bawahnya (kotak ketiga dari kiri).

7) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan "kontraksi per 10 menit" di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan: Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik, beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik, isi penuh kotak yang sesuai

untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

8) Obat-obatan yang diberikan

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV

a. Oksitosin :Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

b. Obat-obatan lain dan cairan IV. Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

9) Kesehatan dan kenyamanan ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu.

a. Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh. Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. (lebih sering jika dicurigai adanya penyulit). Beri tanda titik pada kolom waktu yang sesuai). Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif

persalinan (lebih sering jika dianggap akan adanya penyulit). Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai. Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika meningkat, atau dianggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai.

- b. Volume urin, protein atau aseton. Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urin.

10) Pengamatan dan keputusan klinik lainnya.

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan, jumlah cairan per oral yang diberikan, keluhan ibu, Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (Obgin, bidan, dokter umum), upaya rujukan.

11) Pencatatan pada lembar belakang Partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan

dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). Catatan persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut: Data dasar, Kala I, Kala II, Kala III, Bayi baru lahir, Kala IV (Depkes RI, 2007).

2.2 Konsep Dasar Seksio Sesarea

2.2.1 Pengertian

Seksio saserea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina, atau seksio saserea adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 1998).

Berikut adalah pengertian seksio saserea menurut beberapa ahli :

1. Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (oxorn, 2010)
2. Secsio caesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan beratdi atas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Prawirohardjo, 2009)
3. Sectio caesarea ialah pembedahan untuk mengeluarkan anak dari rongga rahim dengan cara mengiris dinding perut dan dinding rahim (Sastrawinata, 1987).

4. Suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui satu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. (Prawirohardjo, 2010).

2.2.2 Jenis-Jenis Seksio Sesarea

Ada beberapa jenis seksio sesarea yang dikenal menurut (Sastrawinata, 2000) yaitu :

1. Sectio caesarea klasik atau corporal : insisi memanjang pada segmen atas uterus.
2. Sectio caesarea transperitonealis profunda : insisi pada segmen bawah rahim. teknik ini sering dilakukan pada janin letak lintang atau sungsang.
3. Sectio caesarea extra peritonealis : rongga peritoneum tidak di buka. Dulu dilakukan pada pasien dengan infeksi intra uterin yang berat. Sekarang jarang dilakukan.
4. Caesarean sectio hysterectomy : setelah sectio caesarea dikerjakan hysterectomy dengan indikasi atonia uteri, plasenta accreta, myoma uteri dan infeksi intra uterin yang berat.

2.2.3 Indikasi Seksio Sesarea

Indikasi dilakukan seksio sesarea (Prawirohardjo, 2010) adalah :

1. Plasenta previa terutama plasenta previa totalis dan sub totalis.

2. Panggul sempit.

Pada anak hidup dilakukan SC kalau CV kurang dari 8,5 cm.

Pada anak mati terpaksa dilakukan SC kalau CV kurang dari 6 cm. Kalau CV antara 8,5 dan 10 cm dilakukan persalinan percobaan dan kalau persalinan percobaan tidak berhasil maka dilakukan SC.

3. Tumor- tumor yang menghalangi jalan lahir

4. Partus lama

5. Partus tak maju

6. Distosia serviks

7. Pre- eklamsia dan hipertensi

8. Mal presentasi janin :

1. Letak lintang

Greenhill dan eastman sama-sama sependapat :

- 1) Bila ada kesempitan panggul, maka seksio sesarea adalah cara terbaik dalam segala letak lintang dengan janin hidup dan besar
- 2) Semua primigravida dengan letak lintang harus ditolong dengan seksio sesarea walau tidak ada perkiraan panggul sempit
- 3) Multipara dengan letak lintang dapat lebih dulu ditolong dengan cara-cara lain.

2. Letak bokong

Seksio sesarea di anjurkan pada letak bokong bila ada panggul sempit, primigravida, janin besar dan berharga

3. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil

4. Gemeli, menurut estman seksio sesarea dianjurkan bila :

- 1) Janin pertama letak lintang atau presentasi bahu
- 2) Bila terjadi interlock
- 3) Distosia oleh karena tumor
- 4) Gawat janin

2.2.4 Komplikasi Seksio Sesarea

Menurut (Mochtar, 1998) komplikasi yang terjadi setelah tindakan seksio sesarea adalah sebagai berikut :

3. Infeksi puerpuralis (Nifas)

Infeksi puerpuralis terbagi atas 3 tingkatan yaitu :

- 1) Ringan, dengan kenaikan suhu tubuh hanya beberapa hari.
- 2) Sedang, dengan kenaikan suhu tubuh lebih tinggi, disertai dehidrasi dan sedikit kembung.
- 3) Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Hal ini sering kita jumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

4. Perdarahan

Perdarahan dapat disebabkan karena banyaknya pembuluh darah yang terputus dan terbuka, atonia uteri, dan perdarahan pada *placental bed*.

5. Luka kandung kemih

Tindakan seksio apabila tidak dilakukan secara hati-hati dapat mengakibatkan luka pada organ lain seperti kandung kemih yang dapat menyebabkan infeksi.

6. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang.

2.2.5 Jenis-jenis operasi Seksio Sesarea

Jenis-jenis operasi Seksio sesarea menurut Mochtar, R (1998) :

A. Abdomen (Seksio Sesarea Abdominalis)

6. Seksio Sesarea transperitonealis

1) Seksio sesarea klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri.

2) Seksio sesarea ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim.

7. Seksio Sesarea ekstraperitonealis yaitu tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal.

B. Vagina (Seksio Sesarea Vaginalis)

Menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut :

1. Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut Kronig
2. Sayatan melintang (*transversal*) menurut Kerr
3. Sayatan huruf T (*T-incision*)

1) Seksio Sesarea Klasik (*Korporal*)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

- a. Mengeluarkan janin lebih cepat
- b. Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
- c. Sayatan bisa diperpanjangn proksimal atau distal

Kekurangan :

- a. Infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- b. Untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi rupture uteri spontan.

2) Seksio Sesarea Ismika (*Profunda*)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang-konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira 10 cm.

Kelebihan :

- a. Penjahitan luka lebih mudah
- b. Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
- c. Tumpang tindih dari peritoneal *flap* baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum.
- d. Perdarahan kurang.
- e. Dibandingkan dengan cara klasik kemungkinan ruptur uteri spontan kurang/lebih kecil.

Kekurangan :

- a. Luka dapat melebar kekiri, kanan, dan dibawah, sehingga dapat menyebabkan atonia uteri putus sehingga mengakibatkan perdarahan yang banyak.
- b. Keluhan pada kandung kemih postoperatif tinggi.

2.2.6 Penatalaksanaan pasien pre-SC dan post SC

Menurut saifudin (2000), penatalaksanaan pasien SC, sebagai berikut :

1. Penatalaksanaan Pasien Pre SC

- 1) Persiapan Pasien
 - 1) Jelaskan kepada pasien prosedur operasi, namun bila tidak sadar jelaskan kepada keluarganya.
 - 2) Isilah formulir izin operasi (informed consent).
 - 3) Berilah dukungan moril agar pasien tidak takut menghadapi pembedahan.

- 4) Lapangan operasi dipersiapkan dengan tindakan antiseptik. Kulit abdomen dibersihkan dengan bilasan air dan sabun untuk membersihkan lemak dan kotoran, termasuk umbilicus, rambut pubis hanya di gunting bila mengganggu lapangan operasi, jadi tidak perlu memengkas atau mencukur semua rambut pubis atau vulva.
- 5) Bila terdapat infeksi intrapartum dan ketuban pecah lama, vagina di bersihkan dengan cairan betadine.
- 6) Demikian pula komplikasi ibu dan kondisi janin merupakan pertimbangan jenis operasi dan pemberian cairan.
- 7) Pemeriksaan rutin terhadap fisik dan khusus dilakukan untuk merencanakan secara cermat jenis anesthesia, lama pembedahan, kesulitan atau komplikasi dan teknik pembedahan.
- 8) Pembedah harus memeriksa sendiri serta menuliskan rencana pembedahan pada rekam medik.
- 9) Pemeriksaan fisik umum, meliputi : keadaan umum (kesadaran, gizi), paru, jantung, abdomen (hati, limpa) dan anggota gerak catat juga tensi, nadi, suhu dan pernapasan pada pemeriksaan obstetrik tentukan keadaan janin (letak, besar, tunggal/gemeli).

- 10) Perlu diketahui jenis operasi yang pernah dijalani, termasuk kesulitan atau komplikasi (untuk meramalkan perlekatan dan kelainan organ, misalnya kanker).
- 11) Dari anamnesis perlu diketahui penyakit yang pernah diderita:
 - 1) Paru, asma, tuberculosis
 - 2) Jantung, iskemi
 - 3) Hati, hepatitis
 - 4) Keleinan pembekuan darah/ penggunaan obat dan trombosis
 - 5) Diabetes mellitus
 - 6) Alergi terhadap obat
- 2) Laboratorium

Ambilah sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium rutin,yaitu: HB, HT, Lekosit (hitung jenis, trombosit golongan darah). Pada pembedahan berencana juga di ambil darah untuk kadar gula puasa dan post prandial.
- 3) Pemeriksaan Penunjang

USG dilakukan atas keperluan penentuan lokasi patologi, misalnya : letak plasenta untuk menentukan jenis insisi uterus. Idealnya pasien harus puasa 6 jam setelah operasi.

4) Infus

1. Pra bedah pemberian infus terdiri dari : cairan Ringerlaktat 500 ml diberikan 100 -125 ml per jam, kecuali pada hipertensi < 100 ml per jam.
2. Selama pembedahan cairan yang diberikan 500 ml per jam kecuali pada preeklamsia harus lebih sedikit, dan setelah bayi lahir akan di berikan oxytocin 10 u/IV dan dapat diberikan 10 u /infuse untuk selama 6 jam.

5) Kateterisasi

1. Kateter di pasang dengan cara dauer dengan foley. Kateter no 16-18 cukup untuk digunakan . bilaslah muara uretra dan juga ujung kateter dengan betadine sebelum insersi kateter kembungkan balon kateter sebanyak 20-30 ml.
2. Kemudian sambung kateter dengan kantong urine perhatikan urine harus keluar. Gantungkan urine disamping tempat tidur.

2. Penatalaksanaan Pasien Post SC

1. Posisi Tidur Pasien

- 1) Pasien dibaringkan miring di dalam kamar pulih dengan pemantauan ketat : tensi, nadi, suhu, pernapasan tiap 15 menit dalam 1 jam pertama, kemudian 30 menit dalam 1 jam berikut dan selanjutnya tiap jam.

- 2) Pasien tidur dengan muka ke samping dan yakinkan kepalanya agar tengadah agar jalan napas bebas.
- 3) Tungkai bagian atas dalam posisi fleksi

2. Mobilisasi

Pasien telah dapat menggerakkan kaki dan tangan serta tubuhnya sedikit, kemudian dapat duduk pada jam ke 8 – 12, ibu dapat berjalan bila mampu pada 24 jam pasca bedah bahkan mandi sendiri pada hari kedua.

3. Makan dan Minum

- 1) Setelah diperiksa peristaltik pada 6 jam pasca bedah, bila positif maka dapat diberikan minum hangat sedikit dan kemudian lebih banyak terutama bila mengalami anesthesia spinal dan pasien tidak muntah.
- 2) Pasien dapat makan makanan lunak atau biasa puasa hari pertama, infus dapat diangkat 24 jam pasca bedah, bila pasien telah flatus maka pasien dapat makan.
- 3) Kateter dapat dicabut 12 jam pasca bedah.

4. Perawatan Luka

- 1) Kasa perut pada 1 hari pasca bedah, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Umumnya kasa perut dapat diganti pada hari ke 3 sampai 4 sebelum pulang dan seterusnya pasien mengganti setiap hari, luka dapat diberikan salep betadine sedikit.

- 2) Jahitan yang perlu dibuka dapat dilakukan 5 hari setelah pasca bedah.

5. Perawatan Gabung

Pasien dapat dirawat gabung dengan bayi dan memberikan ASI dalam posisi tidur atau duduk.

6. Laboratorium

- 1) Pemeriksaan lab yang diperlukan adalah HB dan HT, biasanya akan terdapat penurunan HB 2%.
- 2) Bila HB dibawah 8% diperhitungkan untuk transfusi.

7. Pengangkatan Keteter

- 1) Kateter dibuka 24 jam pasca bedah, bila terdapat hematuria maka pengangkatan dapat ditunda.
- 2) Kateter akan tetap dipertahankan bila : rupture uteri, partus lama, edema perineal, sepsis, perdarahan.

8. Memulangkan Pasien

- 1) Perawatan 3-4 hari kiranya cukup untuk pasien. Berikan instruksi mengenai perawatan luka dan keterangan tertulis mengenai teknik.
- 2) Pasien diminta datang untuk ditindaklanjuti mengenai perawatan 7 hari setelah pulang. Pasien dapat mandi biasa setelah hari ke 5, dengan mengeringkan luka dan merawat luka seperti biasa.

- 3) Pasien diminta segera datang bila terdapat perdarahan, demam, dan nyeri perut berlebihan.

2.2.7 Nasehat pasca operasi

Menurut Mochtar (1998) ada beberapa nasihat pasca operasi yaitu :

1. Dianjurkan jangan hamil selama lebih kurang satu tahun, dengan memakai kontrasepsi.
2. Kehamilan berikutnya hendaknya diawasi dengan antenatal yang baik.
3. Dianjurkan untuk bersalin dirumah sakit yang besar.
4. Apakah persalinan berikutnya harus dengan seksio sesarea bergantung dari indikasi seksio sesarea dan keadaan pada kehamilan berikutnya.

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1 Pengertian

Masa nifas (Puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir sampai alat-alat kandungan kembali normal seperti sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira- kira 6 minggu atau 40 hari (Purwanti, 2011).

Berikut beberapa pendapat mengenai masa nifas :

1. Masa puerperium atau masa nifas atau masa postpartum adalah mulai setelah partus selesai dan berakhir kira-kira 6 minggu, akan tetapi seluruh alat genetalia baru pulih

kembali seperti sebelum hamil dalam waktu 3 bulan.
(sarwono, 2002)

2. Masa nifas atau purperium adalah pulihnya kembali, mulai dari pesalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil, lama masa nifas 6-8 minggu (Mochtar, 1998).
3. Masa nifas adalah akhir dari periode intrapartum yang ditandai dengan lahirnya selaput dan plasenta dan berlangsung sekitar 6 minggu (Varney, 1997)

2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Selama bidan memberikan asuhan sebaiknya bidan mengetahui apa tujuan dari pemberian asuhan pada ibu masa nifas.

Menurut (Nugroho, 2014), tujuan diberikannya asuhan pada ibu selama masa nifas antara lain untuk :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
2. Melaksanakan skrining secara komperhensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.

4. Memberikan pelayanan keluarga berencana
5. Mendapatkan kesehatan emosi

2.3.3 Tahapan Masa Nifas

Menurut (Nugroho, 2014) masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

1. Puerperium dini

Merupakan suatu masa pemulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2. Puerperium intermedial

Suatu masa pemulihan dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu.

3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

2.3.4 Perawatan Pasca Persalinan

Perawatan pasca persalinan menurut Mochtar (1998) :

1. Mobilisasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus beristirahat tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan dan hari ke 4 atau hari ke 5 sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi di atas mempunyai variasi,

bergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka.

2. Diet

Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.

3. Miksi

Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing karena sfingter utera di tekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi sphinter ani selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan wanita sulit berkemih maka dilakukan katetrisasi.

4. Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans peroral atau per rectal. Jika masih belum bisa dilakukan klisma.

5. Perawatan payudara

Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Bila bayi meninggal laktasi harus dihentikan dengan cara pembalutan payudara sampai tertekan dan atau pemberian obat estrogen untuk supresi LH

seperti lynoral dan parlodel. Di anjurkan sekali agar ibu menyusui bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayinya.

6. Laktasi

Untuk menghadapi masa laktasi (menyusui) sejak dari kehamilan telah terjadi pembuahan- pembuahan pada kelenjar payudara yaitu :

- 1) Poliferasi jaringan pada kelenjar- kelenjar, alveoli dan jaringan lemak bertambah.
- 2) Keluar cairan susu dari duktus laktiferus di sebut colostrum berwarna kuning-putih susu.
- 3) Hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam dimana vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas.
- 4) Setelah persalinan, pengaruh supresi estrogen dan progesteron hilang, maka timbul pengaruh hormon lactogenik (LH) atau prolaktin yang akan merangsang air susu. Disamping itu pengaruh oksitosin menyebabkan mio epitel kelenjar susu berkontraksi sehingga air susu keluar. Produksi akan banyak sesudah 2-3 hari pasca persalinan. Bila bayi mulai disusui, isapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis yang secara reflektoris mengakibatkan oksitosin dikeluarkan oleh hipofise,

produksi ASI akan lebih banyak. Sebagai efek positif adalah involusi uteri akan lebih sempurna. Disamping itu ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingannya. Menyusui bayi sangat baik untuk menjelmakan rasa kasih sayang antara ibu dan anaknya.

7. Pemeriksaan pasca persalinan

Di Indonesia ada kebiasaan atau kepercayaan bahwa wanita bersalin baru boleh keluar rumah setelah habis nifas yaitu 40 hari. Bagi wanita dengan persalinan normal hal ini baik dan dilakukan pemeriksaan kembali 6 minggu setelah persalinan. Namun bagi wanita dengan persalinan luar biasa harus kembali kontrol seminggu kemudian.

8. Nasehat untuk ibu postnatal

Menyusui bayi sesering mungkin, melakukan senam setelah persalinan, untuk kesehatan ibu bayi dan keluarga sebaiknya melakukan KB untuk menjarangkan anak, bawalah bayi untuk memperoleh imunisasi.

2.4 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.

2.4.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis sistematis. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang Bidan dalam memberikan arah

atau kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya (Trisnawati. 2016)

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Buku 50 tahun IBI, 2007).

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Depkes RI, 2005). Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Helen Varney, 2008).

Manajemen kebidanan mempunyai peran penting dalam menunjang kerja seorang Bidan agar bidan dapat melakukan pelayanan dengan baik kepada kliennya (Trisnawati. 2016).

2.4.2 Tujuan Manajemen Kebidanan

Tujuannya yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayi, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi

minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Trisnawati. 2016).

2.4.3 Prinsip Manajemen Kebidanan

1. Prinsip-prinsip Kebidanan menurut Varney :

- 1) Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komperhensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- 2) Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data.
- 3) Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
- 4) Memberi informasi dan dukungan sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- 5) Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
- 6) Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
- 7) Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk pasien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.

- 8) Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila adda penyimpangan dari keadaan normal.
- 9) Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai kebutuhan (Trisnawati. 2016).

2. Langkah-langka:

1) Langkah I : Tahapan Pengumpulan Data Dasar

1. Anamnesis. Dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, bio-psiko-sosial-spiritual, serta pengetahuan klien.
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi:
 - a) Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auscultasi, perkusi).
 - b) Pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, USG, dan cacatan terbaru serta catatan sebelumnya).

2) Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah

dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan diagnosis keduanya digunakan, karena masalahnya tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan (Trisnawati, 2016).

3) Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosis Atau Masalah Potensial Dan Mengantisipasi Penanganannya.

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Pada langkah ketiga ini Bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis (Trisnawati, 2016).

- 4) Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera Untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarkan Kondisi Klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau tenaga konsultasi atau ditangani bersama dengan tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan (Trisnawati, 2016).

- 5) Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti apa

yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan kata lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Trisnawati, 2016).

6) Langkah VI : Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien Dan Aman.

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruh oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana.

Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatnya mutu dan asuhan klien (Trisnawati, 2016).

7) Langkah VII : Mengevaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang memengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja (Trisnawati, 2016).

2.5 Konsep Asuhan Kebidanan Persalinan Normal

I. Pengkajian

Pengkajian dimulai saat pasien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber melalui tiga macam teknik, yaitu : wawancara (anamnesis), observasi dan pemeriksaan fisik (Suryati, 2011).

Pengumpulan data ini meliputi :

A. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang diperoleh dari hasil bertanya kepada pasien, suami atau keluarga (Sulistyawati, 2011). Data subyektif ini meliputi :

1. Biodata yang mencakup identitas pasien dan suami (Sulistyawati, 2011).

1) Nama istri dan suami

Nama pasien dan suaminya ditanyakan untuk mengenal dan memanggil, dan untuk mencegah kekeliruan dengan pasien lain (Marmi, 2012).

2) Umur Ibu

untuk mengetahui ibu tergolong primitua atau primimuda. menurut para ahli, kehamilan yang pertama kali yang baik antara usia 19 sampai 35 tahun, dimana otot masih bersifat elastis dan mudah diregang. dikatakan primitua mulai umur 35 tahun (Marmi, 2012).

3) Suku atau Bangsa

Dengan mengetahui suku atau bangsa, petugas dapat mendukung dan memelihara keyakinan yang meningkatkan adaptasi fisik dan emosinya terhadap kehamilan atau persalinan (Marmi, 2012).

4) Agama

Agama ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan pasien atau klien. Dengan diketahuinya agama klien, akan memudahkan bidan melakukan pendekatan didalam melaksanakan asuhan kebidanan (Marmi, 2012).

5) Pekerjaan

Tanyakan pekerjaan suami dan ibu, untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi pasien agar nasehat yang diberikan sesuai. serta untuk mengetahui apakah pekerjaan ibu akan mengganggu kehamilan atau tidak (Marmi, 2012).

6) Pendidikan

Ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya serta untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu atau taraf kemampuan berfikir ibu, sehingga bidan bisa menyampaikan atau memberikan penyuluhan atau KIE pada pasien dengan lebih mudah (Marmi, 2012).

7) Alamat

Alamat ditanyakan untuk mengetahui dimana ibu menetap, dan dijadikan petunjuk pada waktu kunjungan rumah (Marmi, 2012).

2. Keluhan utama

Ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Keluhan yang dirasakan oleh ibu sesuai dengan gejala – gejala pada Persalinan Normal, yaitu kontraksi uterus yang semakin

sering dan teratur, Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir dan ketuban pecah spontan (Marmi, 2012).

3. Riwayat Menstruasi

1) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12 – 16 tahun (Marmi, 2012).

2) Siklus haid

siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3 – 8 hari (Marmi, 2012).

3) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. bila siklus haid \pm 28 hari, rumus yang dipakai adalah Rumus Neagle yaitu hari + 7, bulan – 3, tahun + 1 (Marmi, 2012).

4. Riwayat Perkawinan

ditanyakan kepada ibu berapa lama dan berapa kali kawin. ini untuk menentukan bagaimana keadaan alat kelamin dalam ibu itu (Marmi, 2012).

5. Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas Yang Lalu

1) Apakah ada masalah selama kehamilan dan persalinan sebelumnya ?

2) Berat badan bayi paling besar yang pernah dilahirkan oleh ibu ?

3) Apa ibu mempunyai bayi bermasalah pada kehamilan atau persalinan sebelumnya ? (Hidayat A,2012).

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

Dikaji untuk mengetahui :

1) Apakah pernah pemeriksaan antenatal (ANC) ?

2) Pernah ada masalah selama kehamilan ?

(Perdarahan, HT)

3) Kapan mulai kontraksi ? bagaimana kontraksinya ?

(teratur ? frekuensi ?)

4) Apakah masih dirasakan gerakan janin ?

5) Apakah selaput ketuban sudah pecah ? warna ? kental / encer ? kapan ?

6) Apakah keluar cairan bercampur darah dari jalan lahir? atau darah segar ?

7) Kapan terakhir makan / minum ?

8) Apakah ada kesulitan berkemih ? (Hidayat A, 2012)

7. Riwayat Kesehatan yang lalu / Penyakit yang pernah di derita.

Riwayat kesehatan dikaji untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit akut yang diderita serta kemungkinan

riwayat penyakit itu mempunyai pengaruh dengan persalinan saat ini. (Mitayani, 2009).

8. Riwayat penyakit yang pernah di derita keluarga

Riwayat penyakit dalam keluarga dikaji untuk mengidentifikasi gangguan genetik dan kondisi – kondisi yang dapat mempengaruhi status kesehatan wanita dan janin (Marmi, 2012).

9. Riwayat Keluarga Berencana

Untuk mengetahui apakah pasien pernah menggunakan alat kontrasepsi / tidak, jenis apa, berapa lama, alasan berhenti, apakah ada keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut serta rencana menggunakan alat kontrasepsi setelah masa nifas dan jenis apa yang diinginkan (Suryati, 2011).

10. Latar Belakang Budaya

Dikaji untuk mengetahui kemungkinan pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang akan merugikan atau menguntungkan pasien pada saat persalinan (Suryati, 2011).

11. Keadaan Psikososial

perubahan psikososial pada trimester I yaitu ambivalensi, ketakutan dan fantasi. pada trimester II adanya ketidaknyamanan kehamilan (mual dan muntah),

pasif dan introven. pada trimester III klien merasa tidak feminim lagi karena perubahan tubuhnya, ketakutan akan kelahiran bayinya, distress keluarga karena adanya perasaan sekarat selama persalinan berlangsung. faktor budaya penting diketahui untuk mengetahui latar belakang etnik atau budaya wanita untuk mengantisipasi intervensi perawatan yang mungkin perlu ditambahkan atau dihilangkan dalam rencana asuhan (Marmi, 2012).

12. Pola Aktivitas sehari – hari

1) Nutrisi

Aspek ini adalah komponen penting dalam riwayat prenatal. status nutrisi seorang wanita memiliki efek samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin. Adanya his berpengaruh terhadap keinginan atau selera makan yang menurun pada ibu (Marmi, 2012).

2) Istirahat

Dikaji untuk mengetahui bagaimana pola tidur / istirahat pasien selama hamil (Sulistyawati, 2011)

3) Eliminasi

Pola Eliminasi meliputi BAK dan BAB. Dalam hal ini perlu dikaji terakhir kali ibu BAK dan BAB. kandung kemih yang penuh akan menghambat

penurunan bagian terendah janin sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2012).

4) Personal hygiene

Data ini perlu dikaji karena bagaimana juga hal ini akan mempengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan KIE mengenai cara perawatan kebersihan diri dan bayinya sedini mungkin (Suryati, 2011).

5) Aktivitas Seksual

Pada kebanyakan budaya, aktivitas seksual tidak dilarang sampai akhir kehamilan. Akan tetapi, riwayat abortus spontan dan perdarahan merupakan peringatan untuk tidak melakukan koitus dan orgasme. terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan nifas (Marmi, 2012).

b) Kebiasaan Hidup

Dikaji untuk mengetahui kebiasaan pasien selama kehamilan seperti merokok, minum minuman beralkohol, mengkonsumsi obat terlarang yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin selama hamil (Mitayani, 2009).

B. Data Obyektif

Data obyektif di dapatkan melalui pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, perkusi dan pemeriksaan penunjang.

1. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum pasien cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Apakah pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan atau tidak. Pada ibu intrapartal normal keadaan umum pasien menjadi lemah (Mitayani, 2009).

2) Kesadaran

Tingkatkesadaran kualitatif terdiri daricomposmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, semi – koma, dan koma. namun, pada ibu intrapartal

normal tingkat kesadaran masih composmentis (Nita dan Mustika, 2013).

3) Tekanan Darah

Tekanan Darah diukur untuk mengetahui kemungkinan preeklampsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2012). Pada pasien intrapartal normal, data yang ditemukan tekanan darah pasien dalam batas normal (Fadlun, 2011).

4) Nadi

Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80 – 90 x / menit (Marmi, 2012).

5) Suhu

Pada ibu intrapartal normal, suhu badan pasien kadang meningkat, normalnya 36,5 – 37,5 °C(Marmi, 2012).

6) Pernafasan

Untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan, normalnya untuk orang dewasa adalah 16 – 24 x/ menit. Pada ibu intrapartal normal tidak terjadi peningkatan pola nafas (Marmi, 2012).

7) Berat Badan

Kenaikan berat badan pada Trimester I kurang lebih 1 kg, memasuki Trimester II kenaikan berat badan sekitar 3 kg atau 0,3 kg/minggu. Pada Trimester akhir kenaikan berat badan sekitar 6 kg atau 0,3 – 0, 5 kg/minggu (Suryati, 2011).

8) LILA

Ukuran normal untuk LILA (lingkar lengan atas) seorang ibu hamil adalah 23,5 cm. LILA yang kurang dari 23,5 cm merupakan indikator untuk menentukan bahwa ststus gizi pasien tergolong dalam kategori KEK (Kekurangan Energi Kalori), sehingga pasien beresiko melahirkan bayi BBLR (Suryati, 2011).

2. Pemeriksaan Fisik

Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi serta tingkat Kenyamanan fisik ibu bersalin serta mendeteksi dini adanya komplikasi. Informasinya dari hasil pemeriksaan fisik dan anamnesis digunakan dalam membuat keputusan klinik (menentukan diagnose, mengembangkan rencana, pemberian asuhan yang sesuai) (Hidayat A, 2012).

a. Inspeksi

1) Muka

Apakah oedema atau tidak, sianosis atau tidak (Marmi, 2012).

2) Mata

Konjungtiva : Normalnya berwarna merah muda

Sklera : Normalnya berwarna putih (Marmi, 2012).

3) Hidung

Bersih atau tidak, ada polip atau tidak, ada sekret atau tidak (Marmi, 2012).

4) Mulut dan Gigi

Bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada karies atau tidak (Marmi, 2012).

5) Leher

Ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe atau tidak (Marmi, 2012).

6) Dada

Payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasi areolla atau tidak, colostrum sudah keluar atau belum (Marmi, 2012).

7) Abdomen

Ada luka bekas SC atau tidak, ada linea atau tidak, ada striae atau tidak (Marmi, 2012).

8) Genitalia

vulva dan vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada kemerahan atau tidak, perinium ada luka bekas episiotomi atau tidak (Marmi, 2012).

9) Anus

Anus ada benjolan atau tidak, ada keluar darah atau tidak (Marmi, 2012).

10) Ekstremitas

Ekstremitas atas dan bawah simetris atau tidak, oedema atau tidak, varises atau tidak (Marmi, 2012).

b. Palpasi

1) Leher

Ada bendungan vena jugularis atau tidak (Marmi, 2012).

2) Dada

Ada massa pada payudara atau tidak (Marmi, 2012).

3) Abdomen

Leopold I : Dilakukan untuk mengetahui tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, difundus normalnya teraba bagian lunak dan tidak melenting (Bokong).

Leopold II : Normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (Punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil.

Leopold III : Normalnya teraba bagian yang bulat, keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu (Symphysis) apakah sudah masuk PAP.

Leopold IV : dilakukan jika pada leopold III teraba kepala janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan patokan jari penolong dan symphysis ibu, berfungsi untuk mengetahui penurunan presentasi (Marmi, 2012).

c. Auskultasi

Terdengar denyut jantung janin di bawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau kanan). Normalnya 120 – 160 x/menit (Marmi, 2012).

d. Perkusi

Terdengar gerakan refleks pada kaki, baik pada kaki kiri maupun kaki kanan (Marmi, 2012).

e. Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan Dalam dilakukan untuk menilai :

- 1) Dinding vagina, apakah ada bagian yang menyempit
- 2) Pembukaan dan penipisan serviks
- 3) Kapasitas panggul
- 4) Ada tidaknya penghalang pada jalan lahir
- 5) Keputihan, atau infeksi
- 6) Pecah tidaknya ketuban
- 7) Presentasi
- 8) Penurunan kepala janin

Pemeriksaan dalam dilakukan juga untuk menilai apakah ada masa termasuk kondiloma akuminata, luka, viskositas vulva atau rectum, luka parut diperinium, menilai cairan vagina, pastikan tidak ada bagian yang menumbung, menilai penurunan bagian terbawah janin, dan seberapa masuk bagian terbawah di rongga panggul, jika bagian terbawah adalah kepala maka tentukan penunjuknya (Hidayat A, 2012)

3. Pemeriksaan penunjang

Data penunjang didapatkan dari hasil pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium terdiri dari pemeriksaan darah dan urine. Pemeriksaan darah dilakukan untuk mengetahui kadar haemoglobin pasien, jika kadar Hb pasien kurang dari normal maka akan berbahaya bagi ibu dan janin yang dikandung. Sedangkan pemeriksaan urine dilakukan untuk menilai protein urin dan glukosa di dalam urin karena akan menimbulkan komplikasi pada ibu dan janin (Mitayani, 2009).

II. Interpretasi Data Dasar

Setelah data dikumpulkan, penolong persalinan dapat melakukan analisis untuk mendukung alur diagnosis. Peralihan dari analisis data menuju pembuatan diagnosis bukanlah suatu proses yang linier melainkan suatu proses sirkuler yang berlangsung terus menerus. Suatu diagnosis kerja diuji dan dipertegas atau dikaji ulang berdasarkan pengamatan dan pengumpulan data secara terus menerus.

Untuk membuat diagnosis dan identifikasi masalah diperlukan data yang tepat dan akurat, kemampuan untuk menginterpretasi/analisa data dan pengetahuan esensial, intuisi serta pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada.

Diagnosis dibuat sesuai dengan istilah atau nomenklatur spesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subyektif dan obyektif yang diperoleh. Diagnosis menunjukkan variasi kondisi yang berkisar antara normal dan patologis yang memerlukan upaya korektif untuk menyelesaikannya. Masalah memiliki dimensi yang lebih luas dan tidak mempunyai batasan yang tegas sehingga sulit untuk segera diselesaikan. Masalah dapat merupakan bagian dari diagnosis sehingga selain upaya korektif untuk diagnosis, juga diperlukan upaya penyerta untuk mengatasi masalah (Asrinah, dkk, 2010).

III. Antisipasi Masalah Potensial

Bagian ini dianalogikan dengan proses membuat diagnosis kerja setelah mengembangkan berbagai kemungkinan diagnosis lain (diagnosis banding). Rumusan masalah mungkin saja terkait langsung terhadap diagnose tetapi dapat pula merupakan masalah utama yang saling terkait dengan beberapa masalah penyerta atau faktor lain yang berkontribusi dalam terjadinya masalah utama (Asrinah, dkk, 2010).

IV. Tindakan Segera

Bidan sebagai petugas disini tidak hanya diharapkan terampil untuk membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya. Untuk

mengenali situasi tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinik dan masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan ibu dan bayinya apabila situasi gawat darurat terjadi (Asrinah, dkk, 2010).

V. Perencanaan

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin dikembangkan melalui kajian data yang diperoleh, diidentifikasi kebutuhan atau kesiapan asuhan dan intervensi dan mengukur sumber daya atau kemampuan yang dimiliki. Hal ini dilakukan untuk membuat ibu bersalin dapat ditangani secara baik dan melindunginya dari berbagai masalah atau penyulit potensial yang dapat mengganggu kualitas pelayanan, kenyamanan ibu maupun mengancam keselamatan ibu dan bayi.

Rencana asuhan harus dijelaskan baik pada ibu maupun keluarganya agar mereka mengerti manfaat yang diharapkan dan bagaimana upaya penolong untuk menghindari ibu dan banyinya dari berbagai gangguan yang mungkin dapat mengancam keselamatan jiwa atau kualitas hidup mereka (Asrinah, dkk, 2010).

VI. Pelaksanaan Asuhan

Setelah rencana asuhan dibuat maka laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini akan menghindari terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan bayinya yang

baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga mereka dapat membuat pilihan yang baik dan benar. Pada beberapa keadaan, penolong sering dihadapkan pada pilihan yang sulit karena ibu dan keluarga meminta penolong untuk menentukan intervensi yang terbaik bagi mereka dan hal ini memerlukan upaya dan pengertian lebih agar ibu dan keluarga mengerti bahwa hal ini terkait dengan hak klien dan kewajiban petugas untuk memperoleh hasil terbaik (Asrinah,dkk.2010).

VII. Evaluasi

Penatalaksanaan yang telah dikerjakan kemudian dievaluasi untuk menilai keefektifitasannya. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan sesuai dengan rencana kebutuhan saat itu. Jika pada saat evaluasi ditemukan bahwa status ibu dan bayi baru lahir telah berubah, sesuaikan ashan yang diberikan untuk memenuhi perubahan kebutuhan tersebut.

Asuhan atau intervensi dianggap membawa manfaat dan teruji efektif apabila masalah yang dihadapi dapat diselesaikan atau membawa dampak yang menguntungkan terhadap diagnosis yang telah ditegakkan. Apapun jenisnya asuhan dan intervensi

yang diberikan harus efisien, efektif dan dapat diaplikasikan pada kasus serupa dimasa mendatang (Asrinah, dkk, 2010).

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan wadah untuk menjawab pertanyaan penelitian dan merupakan sesuatu yang penting bagi peneliti (Hidayat, 2010). Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, motivasi, tindakan dan lain-lain, secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Moleong, 2009).

3.1.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam suatu penelitian (Riyanto, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal.

Penelitian deskriptif adalah salah satu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif. Studi kasus adalah uraian dan penjelasan komprehensif mengenai berbagai aspek seorang individu, suatu kelompok, suatu organisasi, (komunitas), suatu program, atau suatu situasi sosial. Peneliti studi kasus berupaya menelaah sebanyak mungkin data mengenai subyek yang diteliti. (Mulyana, 2008).

Penelitian kualitatif menggunakan desain penelitian studi kasus dalam arti penelitian yang difokuskan pada satu fenomena saja yang dipilih dan ingin dipahami secara mendalam, dengan mengabaikan fenomena-fenomena lainnya. (Sukmadinata, 2010).

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu untuk menggambarkan Asuhan Kebidanan pada Intrapartal Primigravida Perpanjangan Kala II di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

3.2 Populasi, Sampel dan sampling

3.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010).

Populasi pada penelitian ini adalah Ibu Intrapartal Primigravida Perpanjangan Kala II di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana pada tanggal 14 – 17 Juli 2016.

3.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005).

Sampel pada penelitian ini adalah satu orang ibu Intrapartal Primigravida Perpanjangan Kala II di Ruangan Bersalin Puskesmas Sikumana. pada tanggal 14 – 17 Juli 2016.

3.2.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada. (Hidayat, 2010). Teknik sampling yang digunakan adalah nonprobability sampling dengan teknik purposive sampling yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan peneliti. (Sastroasmoro, 2011).

3.3 Pengumpulan Data dan Analisa Data

3.3.1 Pengumpulan Data

1. Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapatkan izin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan ketua Prodi Kebidanan untuk melakukan Studi kasus dilahan ditujukan kepada kepala Ruangan Kamar Bersalin Puskesmas Sikumana. Untuk

melakukan penelitian, melakukan permohonan izin pada bidan yang bertugas di Ruang Bersalin dan melakukan pendekatan pada calon responden dengan menjamin kerahasiaan identitas responden. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung.

3.3.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen dalam penelitian ini adalah menggunakan lembar pengkajian ibu bersalin. Lembaran pengkajian terdiri dari data subyektif dan data obyektif. Untuk melakukan data subyektif maka dilakukan anamnese atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan menanyakan beberapa pertanyaan, sedangkan untuk data obyektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

3.3.3 Waktu dan Tempat penelitian

1) Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 13 Juli s/d 17 Juli 2016.

2) Tempat Penelitian

Lokasi studi kasus merupakan merupakan tempat dimana pengambilan kasus tersebut dilaksanakan.

(Notoatmodjo, 2005). Penelitian ini dilakukan di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

3) Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus merupakan hal atau orang yang akan dikenai kegiatan pengambilan kasus. (Notoatmodjo, 2005). Subyek dalam studi kasus ini dilakukan pada Intrapartal Primigravida Perpanjangan Kala II di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

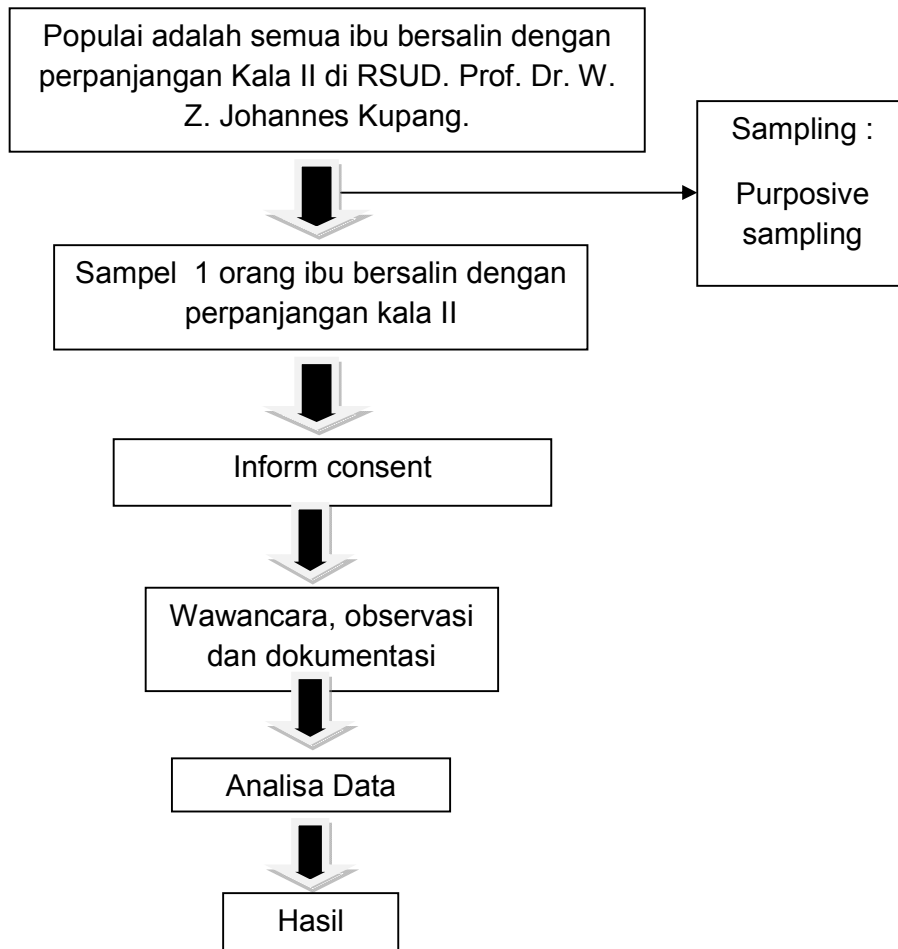
3.3.4 Analisa Data

Data dianalisa dari hasil pengkajian untuk menentukan diagnosa dan tindakan.

3.4 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.4 kerangka kerja penelitian studi kasus ibu bersalin dengan perpanjangan kala II.

3.5 Etika Penelitian

1. *Informed consent (persetujuan)*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.

2. *Anonimity (tanpa nama)*

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang diberikan jaminan dan penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan di sajikan.

3. *Confidentiality (kerahasiaan)*

Masalah ini merupakan masalah etika memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi atau masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. (Hidayat, 2010)

BAB IV
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 TINJAUAN KASUS

I. PENGKAJIAN

Tgl pengkajian : 13 – 07- 2016 Tanggal MRS : 13/07/2016
Jam : 22.00 WITA No. MR : -
Oleh mahasiswa : SELVIANA DAHU

a. DATA SUBYEKTIF

Ny. A. N, umur 23 tahun, alamat Sikumana (Batu Panjang), Kristen Protestan, suku Timor, pendidikan terakhir ibu tamat SD, pekerjaan Ibu yaitu Ibu rumah tangga dan mempunyai suami bernama Tn. P. M, umur 24 tahun, alamat Sikumana (Batu Panjang), agama Kristen Protestan, suku Timor, pendidikan terakhir suami tamat SMA, pekerjaan suami Swasta.

Ibu datang ke puskesmas dengan keluhan mau melahirkan anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, kehamilan sudah 9 bulan, sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah, sejak tanggal 13 Juli 2016 pukul 14.00 wita, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak tanggal 13 Juli 2016 pukul 19.00 wita serta keluar air-air dari jalan lahir dari sejak tanggal 13 Juli 2016 pukul 21.30 wita

Ibu mengatakan mengalami haid pertama kali pada umur 12 tahun dengan siklus 28-30 hari, lamanya haid 3-4 hari, sifat darah encer, ada nyeri pinggang dan perut bagian bawah sewaktu haid serta hari pertama haid terakhir kali ibu adalah pada tanggal 02/10/2015, tafsiran partus tanggal 09-07-2016.

Ibu mengatakan sudah menikah syah pada umur 22 tahun dan ibu sudah menikah selama 1 tahun. Ibu juga mengatakan selama hamil ini ibu sudah memeriksakan kehamilannya sebanyak 8 kali di puskesmas Sikumana dan hari pertama haid terakhir ibu adalah pada tanggal 02/10/2015. Ibu sudah mendapatkan suntikan imunisasi Tetanus Toxoid sebanyak 2 kali, keluhan yang dialami ibu selama hamil ini yaitu pusing, mual, obat yang di konsumsi ibu selama hamil yaitu SF 200 mg (1X1), Vitamin C 50 mg (1x1) dan Kalk 500mg (1X1).

Ibu dan keluarga mengatakan tidak pernah menderita penyakit seperti penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, HIV/AIDS, dan tidak pernah operasi dan lain – lain .

Ibu mengatakan bahwa ia dan keluarga sangat senang dengan kehamilan ini karena kehamilan ini sudah direncanakan dan suami selalu mendampingi ibu pada saat memeriksakan kehamilannya, ibu mengharapkan persalinannya secara normal. Ibu juga mengatakan selama hamil ini ibu dan suami melakukan hubungan seksual hanya 2 kali pada TM II dan TM III.

b. DATA OBYEKTIF

Hasil pemeriksaan umum didapatkan bahwa keadaan umum ibu lemah, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah tampak kesakitan, TD: 120/80 mmHg, N: 82 x/menit, S: 36,6⁰ C, R: 20 x/menit, BB sebelum hamil: 53 kg, BB ibu sekarang : 65 kg, TB:160 cm, LILA:25,2 cm.

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui (inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi) rambut tidak rontok, wajahtidak pucat dan tidak oedema, konjungtiva merah muda, sclera putih, mukosa bibir lembab, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, payudara bentuk simetris, ada hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, sudah ada kolostrum, tidak ada masa dan tidak nyeri saat ditekan. Abdomen :membesar sesuai usia kehamilan, ada linea nigra, ada strie livide, tidak ada bekas luka operasi, tidak nyeri saat di tekan dan hasil pemeriksaan Abdomen pada Leopold I : TFU 3 jari dibawah Prosesus Xipioideus, pada fundus teraba lunak,bundar dan tidak melenting (Bokong). Leopold II : Pada perut bagian kiri teraba keras, datar, memanjang seperti papan (punggung), dan pada bagian kanan teraba bagian terkecil janin (Ekstremitas) : Punggung kiri . Leopold III: Pada perut bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak dapat digoyangkan (Kepala).

Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen). Penurunan kepala : 3/5. TFU menurut Mc. Donald : 30 cm, TBBJ : 2790 gram. Kontraksiuterus : 3 kali dalam 10 menit lamanya 20 – 30 detik, kuat dan teratur, kandung kemih kosong. DJJ + terdengar jelas, kuat dan teratur dengan frekuensi 143 x/ menit di bagian kiri bawah pusat menggunakan Doppler. Refleks Patek : tidak dilakukan. Ekstremitas tidak ada oedema dan varises pada kaki dan tangan. Pemeriksaan dalam dilakukan pada tanggal : 13/07/2016, Jam : 22.00 WITA, dengan hasil: Vulva: tidak ada oedema dan tidak ada kelainan, Vagina: tidak ada fluor albus, sudah ada pengeluaran pervaginam, Portio tipis dan lunak, Pembukaan 5 cm, Kantong ketuban (-) negatif, Bagian terendah kepala, Tidak ada molase, Turun hodge: II.

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah Ibu G1P0A0 Uk 40-41 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intra uterin, inpartu kala I fase aktif.

Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data subyektif yang diperoleh yaitu : ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, haid terakhir 02-10-2015, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir masih dirasakan sering dan aktif. Ibu mengatakan sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 14.00 wita, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 15.00 wita, serta sudah keluar air-air dari pukul 21.30 wita. Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui (inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi) rambut tidak rontok, wajahtidak pucat dan tidak oedema, konjungtiva merah muda, sclera putih, mukosa bibir lembab, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, payudara bentuk simetris, ada hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, sudah ada kolostrum, tidak ada masa dan tidak nyeri saat ditekan. Abdomen membesar sesuai usia kehamilan, ada linea nigra, ada strie livide, tidak ada bekas luka operasi, tidak nyeri saat di tekan dan hasil pemeriksaan Abdomen pada Leopold I : TFU 3 jari dibawah Prosesus Xipioideus, pada fundus teraba lunak, bundar dan tidak

melenting (Bokong). Leopold II : Pada perut bagian kiri teraba keras, datar, memanjang seperti papan (punggung), dan pada bagian kanan teraba bagian terkecil janin (Ekstremitas) : Punggung kiri . Leopold III: Pada perut bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak dapat digoyangkan (Kepala). Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen). Penurunan kepala : 3/5. TFU menurut Mc. Donald : 30 cm, TBBJ : 2790 gram. Kontraksiuterus : 3 kali dalam 10 menit lamanya 20 – 30 detik, kuat dan teratur, kandung kemih kosong.DJJ + terdengar jelas, kuat dan teratur dengan frekuensi 143 x/ menit di bagian kiri bawah pusat menggunakan Doppler. Refleks Pattela : tidak dilakukan. Ekstremitas tidak ada oedema dan varises pada kaki dan tangan. Pemeriksaan dalam dilakukan pada tanggal : 13/07/2016, Jam : 22.00 WITA, dengan hasil: Vulva: tidak ada oedema dan tidak ada kelainan, Vagina: tidak ada fluor albus, sudah ada pengeluaran pervaginam, Portio: tipis dan lunak, Pembukaan: 5 cm, Kantong ketuban: (-) negatif, Bagian terendah kepala, Tidak ada molase, Turun hodge: II.

Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah ibu G1P0A0, UK 40-41 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intra uterin , inpartu kala I fase aktif.

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Perencanaan Asuhan kebidanan pada Ny. A. N, dengan diagnosa G1P0A0, UK 40-41 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intra uterin, inpartu kala I fase aktif direncanakan pada tanggal: 13/07/2016, pukul 22.00 WITA.

Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan. Informasi yang jelas merupakan hak ibu, agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan. Observasi TD tiap 4 jam, suhu tiap 2 jam, nadi tiap 30 menit, DJJ tiap 30 menit, His tiap 30 menit, urine tiap 2 jam, Pembukaan serviks dan penurunan kepala tiap 4 jam atau bila ada indikasi. Catat di lembar depan partograf sebagai indikator untuk dapat mengidentifikasi tanda-tanda patologis yang mungkin terjadi. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman. Lingkungan yang aman dan nyaman menjaga privasi ibu termasuk asuhan sayang ibu. Lakukan masase pada daerah lumbal (pinggang) pada saat his. Merangsang saraf pusat agar rangsangan nyeri berkurang. Anjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut. Menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut merupakan salah satu teknik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri. Tidur miring mengurangi tekanan pada venacava inferior,

sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O_2 dari ibu ke janin. Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi. Makan dan minum yang cukup selama persalinan memberi energi dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi. Libatkan keluarga dalam proses persalinan. Agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendampingi ibu. Anjurkan suami dan keluarga agar selalu mendampingi ibu selama persalinan. Sebagai asuhan sayang ibu dan untuk membantu memberikan ibu minum. Ajarkan ibu tentang teknik mengedan yang baik dan benar, karena teknik mengedan yang baik dan benar membantu memperlancar proses persalinan, sehingga dapat meminimalisir robekan jalan lahir, beri dukungan moril kepada ibu, karena dengan dukungan yang diberikan ibu akan merasa bahwa ia mampu melewati persalinan ini. Siapkan alat dan bahan sesuai saff. Persiapan alat dan bahan yang lengkap memudahkan dalam proses persalinan. Tolong persalinan sesuai 58 langkah APN (Asuhan Persalinan Normal). 58 langkah APN merupakan prosedur tetap dalam tindakan pertolongan persalinan.

VI. PELAKSANAAN

Pelaksanaan Asuhan kebidanan pada Ny. A. N, dengandiagnosa G1P0A0, UK 40-41 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intra uterin, inpartu kala I fase aktif, dilaksanakan pada tanggal 13/07/2016, pukul : 22.00 WITA.

Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, keadaan umum ibu lemah, TTV dalam batas normal, pembukaan sudah lengkap (10cm), tidak ada kemajuan persalinan, kondisi janin baik, letak janin normal, DJJ normal. Ibu dan keluarga merasa cemas dan mengerti dengan hasil pemeriksaan yang disampaikan. Mengobservasi TD tiap 4 jam, suhu tiap 2 jam, nadi tiap 30 menit, DJJ tiap 30 menit, His tiap 30 menit, urin tiap 2 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala tiap 4 jam atau bila ada indikasi. Pemeriksaan pada pukul : 22.00 wita, dengan hasil Tekanan Darah 110/80 mmHg, Suhu 36,5°C, Nadi 80x/mnt, Respirasi 18x/menit, HIS 2 x dalam 10 menit, frekuensi 20 - 30 detik. DJJ 143 X/menit dan kandung kemih kosong. Pemeriksaan dalam dilakukan pada tanggal 13/07/2016, Jam 22.00 WITA, dengan hasil vulva tidak ada oedema dan tidak ada kelainan, vagina : tidak ada fluor albus, sudah ada pengeluaran pervaginam, portiotipis dan lunak, pembukaan 5 cm, kantong ketuban (-) negatif, bagian terendah kepala, tidak ada molase, Turun hodge II. Hasil observasi pukul 22.30 wita his 3x dalam 10 menit lamanya 25-35 detik, DJJ 132x/menit, nadi 82

x/menit, pukul 23.00 wita his 3x dalam 10 menit lamanya 35-40 detik, DJJ 135x/menit, nadi : 79 x/menit, pukul 23.30 wita his 3x dalam 10 menit lamanya 35-40 detik, DJJ 132x/menit, nadi : 80 x/menit, pukul 00.00 wita his 3x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 130x/menit, nadi : 82 x/menit dan suhu 37⁰c, pukul 00.30 wita his 3x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 132x/menit, nadi : 80 x/menit, pukul 01.00 wita his 3x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 139x/menit, nadi : 82 x/menit, pukul 01.30 wita his 3x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 146x/menit, nadi : 80 x/menit, pukul 02.00 wita his 3x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 143x/menit, TD : 130/80 mmHg, nadi : 80 kali/menit, suhu : 36,5⁰c, Vt : v/v tidak ada kelainan, tidak ada oedema, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm kk (-), letak kepala, ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge III. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman. Sampiran terpasang, pintu tertutup. Melakukan masase pada daerah lumbal. Keluarga membantu ibu melakukan masase. Menganjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut. Ibu dapat melakukan sesuai anjuran. Menganjurkan ibu untuk tidur dalam posisi miring kiri, dan kaki kanan di tekuk. Ibu megerti dan melakukan anjuran yang di berikan. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada his. ibu sudah makan ½ porsi nasi dan minum 1 gelas teh hangat. Melibatkan keluarga dalam proses persalinan, dengan cara suami

atau keluarga berada disamping ibu. Agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendampingi ibu. Menganjurkan suami dan keluarga agar selalu mendampingi ibu selama persalinan. Suami dan keluarga mendampingi ibu saat proses persalinan berlangsung. Mengajarkan dan menganjurkan ibu untuk melakukan teknik mendedan yang baik dan benar, yaitu dagu menempel pada dada, membuka mata, tangan dimasukan ke dalam lipatan paha dan menarik napas dari perut, kemudian mendedan seperti BAB. Serta tidak mendedan saat tidak ada HIS (tidak merasa sakit yang hebat) dan Ibu mampu mempraktekan teknik mendedan yang baik dan benar. Memberi dukungan moril kepada ibu dengan mengatakan bahwa ibu harus kuat dan pasti mampu melewati persalinan ini dengan baik. Menyiapkan alat dan bahan sesuai saff yaitu SAFF I : Partus set berisi : klem steril 1 pasang, gunting tali pusat 1 buah, kasa secukupnya, pengikat tali pusat, handscoen 2 pasang, $\frac{1}{2}$ koher 1 buah. Hecting set berisi : pingset 2 pasang, nalfuder 1 buah, kasa 6 buah, handscoen 1 pasang, jarum hecting 1 buah, benang catgut chromic , gunting benang 1 buah. Kapas sublimat, air DTT, handzanitizer, obat-obatan: oxytosin 1 ampul, aquades steril, spuit 3 cc, 5 cc, 10 cc, clorin spray, korentang pada tempatnya. SAFF II : Tempat plasenta, Tensi meter, Stethoscope, Wadah berisi larutan clorin 0,5 %, Sarung tangan steril dan keteter steril, Thermometer. SAFF III : Perlengkapan ibu, Perlengkapan bayi, Infuse set, Plastik

pakaian kotor, Peralatan APD (topi, masker, kacamata, celemek, sarung tangan, dan sepatu boot).

VII. Evaluasi

Setelah memimpin persalinan dari jam 02.00 wita tanggal 14-07-2016, tetapi tidak ada kemajuan persalinan. Memberitahu keluarga untuk segera rujuk karena sudah 2 jam pimpin persalinan tapi tidak ada kemajuan persalinan. Tetapi keluarga menolak untuk dirujuk karena keluarga ingin ibu melahirkan dipuskesmas. Karena menolak untuk dirujuk, keluarga diminta untuk melakukan tanda tangan penolakan rujukan pada inform consent, dan keluarga sudah menandatangani penolakan rujukan, serta lanjutkan dengan pimpin persalinan. Tetapi setelah 1 1/2 jam berikutnya di pimpin persalinan tetap saja tidak ada kemajuan persalinan dan ibu tampak lelah dan tidak kuat lagi untuk mengedan. Dan pada saat itu keluarga menyetujui untuk dilakukan rujukan karena melihat keadaan ibu yang sudah kelelahan. Kolaborasi dengan dokter dan advis dokter pasang RL 500cc (20tetes/menit) dan siap untuk merujuk. Pada jam 05.50 wita pasang infus RL 500cc dan siap merujuk dengan Intrapartal Primigravida dengan Perpanjangan Kala II ke RSUD. W. Z. Johannes Kupang. KU : lemah, Kesadaran : composmentis. dengan hasil TTV, TD : 130/80, Suhu : 36,8 °C, Nadi : 80 kali/menit, RR : 20 kali/menit dan hasil pemeriksaan DJJ 141 kali/menit. Hasil pemeriksaanLaboratorium kadar HB 9,8gr%.

Sudah dilakukan kolaborasi dengan dokter, untuk pemberian tindakan. Dengan hasil kolaborasi yaitu drip oksitosin 20 IU dengan 20 tetes/menit (jam : 07.30 wita) untuk memperbaiki his. Observasi penurunan kepala untuk dilakukan ekstraksi Vakum. Dengan hasil observasi (dr. Kris) yaitu vt : v/v tidak ada kelainan, tidak ada oedema, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban (-), ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge III +. Penurunan kepala tidak memenuhi syarat untuk melakukan vakum ekstraksi. Melaporkan ulang dengan dokter tentang kemajuan persalinan yaitu tidak ada kemajuan persalinan setelah ibu dipimpin meneran \pm 1 stengah jam dan keadaan ibu lemah. Hasil kolaborasi dengan dokter yaitu Persalinan akan diakhiri dengan SC. Menjelaskan kepada suami dan keluarga tentang indikasi dilakukan SC, yaitu setelah didrip oksitosin 20 IU (20 tetes/menit) dan dipimpin untuk mengedan \pm 1 stengah jam, tetapi tidak ada kemajuan persalinan dan kepala masih tinggi, jadi tidak bisa dilakukan ekstraksi vakum. Suami dan keluarga sudah mengetahui indikasi dilakukan SC. Suami sudah menandatangani Inform Consent. Mempersiapkan untuk operasi, Persiapan pre-operasi, Persiapan diruang VK, Persiapan untuk ibu : Mengganti pakaian ibu dengan pakaian operasi, Memasang infus RL kosong 500 cc (20 tetes/menit), melakukan skin test dan pemberian injeksi antibiotik yaitu cefotaxime 2 gram pada pukul : 08.40 wita.

Persiapan untuk ibu : Pukul 08.30 wita pasang infus RL dan jalan lancar, pukul 08.40 wita injeksi antibiotik cefotaxime 2 gram (skin test negatif), kemudian pasang dower kateter, pukul 09.30 wita pasien masuk OK, pukul 11.45 wita, pasien keluar dari OK dalam keadaan sadar, terpasang infus RL drip oxytosin (10 IU, 16 tetes/menit), terpasang infus D5 analgetik 500 cc (16 tetes/menit), dower kateter terpasang baik urin tertampung (200 cc). Keadaan umum ibu baik, Tekanan Darah 110/80 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,6⁰c, respirasi 19x/menit, TFU sepusat, lochea (+), Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II dengan tindakan SC. Bayi lahir hidup, jenis kelamin laki-laki, Berat Badan 2900 gram, Panjang Badan 49 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, LP : 30 cm. ibu segera di pindahkan ke ruang nifas (flamboyan). Pukul 12.00 wita, Subyektif : Ibu mengatakan nyeri pada luka operasi, Obyektif : KU : baik, Kesadaran : composmentis. Mengobservasi TTV : TD : 120/80 mmHg, RR : 20x/menit, N : 80x/menit, S : 37⁰c, ASI : ki (+)/ka(+), TFU : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, lochea : rubra, Assesment : post SC 2 jam atas indikasi perpanjangan Kala II. Penatalaksanaan : Infus RL dengan drip oksitosin 10 IU terpasang ditangan kanan dengan (20 tetes/menit) dan infus D5 analgetik dengan (16 tetes/menit). Hasil evaluasi, ibu sudah dapat menggerakkan tangan dan kaki serta ibu sudah dapat menyusui anaknya, sudah diperiksa peristaltik pada 6

jam pasca bedah dan hasilnya positif sehingga ibu sudah diberikan minum hangat sedikit, ibu sudah flatus dan sudah bisa makan bubur, sudah ganti perban luka operasi karena darah. Sudah dilakukan pemeriksaan Hb dengan hasil 9,6 gr%, kateter sudah dilepaskan pada 24 jam pasca bedah, dan pasien pulang pada tanggal 17-07-2016 setelah 4 hari dirawat di Ruang Nifas (Flamboyan), dan ibu sudah dianjurkan untuk melakukan kontrol ulang pada tanggal 20-07-2016.

4.1 PEMBAHASAN

Pada bagian ini, penulis akan membahas tentang Kasus Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II pada Ny. A. N di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

4.1.1 Pengkajian

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Estiwidani dkk, 2008).

Data subyektif adalah data dari klien yang diperoleh dari anamnese yang berhubungan dengan masalah atau keluhan dari sudut pandang klien.

Data obyektif adalah data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik klien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain, catatan medik dan informasi dari keluarga.

Dari hasil pengkajian data yang di peroleh dari data subyektif pada Ny. A. N. Melalui anamnesa diperoleh ibu hamil 9 bulan mengeluh sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak tanggal 13-07-2016 pukul 14.00 wita dan keluar air-air dari jalan lahir warna jernih, sejak tanggal 13-07-2016 pukul 19.00 wita. Data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan pada Ny. A. N,

yang merupakan data obyektif didapatkan hasil pemeriksaan umum didapatkan bahwa keadaan umum ibu lemah, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah tampak kesakitan, TD: 120/80 mmHg, N: 82 x/menit, S: 36,6⁰ C, R: 20 x/menit, BB sebelum hamil: 53 kg, BB ibu sekarang : 65 kg, TB:160 cm, LILA:25,2 cm. Pemeriksaan dalam dilakukan pada tanggal : 13/07/2016, Jam : 22.00 WITA, dengan hasil: Vulva: tidak ada oedema dan tidak ada kelainan, Vagina: tidak ada fluor albus, sudah ada pengeluaran pervaginam, Portio tipis dan lunak, Pembukaan 5 cm, Kantong ketuban (-) negatif, Bagian terendah kepala, Tidak ada molase, Turun hodge: II.

Sedangkan untuk pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan saat ibu datang. Oleh karena itu, pemeriksaan penunjang ini tidak dilakukan.

Jadi pada langkah I manajemen kebidanan varney, tidak ada kesenjangan antara teori yang dikemukakan dan asuhan yang diberikan karena semuanya sudah dilakukan dan sudah sesuai dengan teori.

4.1.2 Analisa Masalah dan Diagnosa

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan

diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik (Estiwidani dkk, 2008).

Langkah kedua, Menurut Kenneth 2009, Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standar diagnosis, sedangkan perihai yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian.

Berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada langkah I, maka diagnosa yang dapat ditegakkan pada Ny. A. N yaitu Ibu G1P0A0 Uk 40-41 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intra uterin, inpartu kala I fase aktif. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data subyektif yang di peroleh yaitu : ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, hamil 9 bulan, haid terakhir 02-10-2015, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir masih dirasakan sering dan aktif. Ibu mengatakan sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 14.00 wita, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 15.00 wita, serta sudah keluar air-air dari pukul 21.30 wita, dan data objektif, yaitu pemeriksaan fisik head to toe difokuskan pada keluhan

ibu yang ingin melahirkan dan pemeriksaan dalam dilakukan pada tanggal : 13/07/2016, Jam : 22.00 WITA, dengan hasil: Vulva: tidak ada oedema dan tidak ada kelainan, Vagina: tidak ada fluor albus, sudah ada pengeluaran pervaginam, Portio: tipis dan lunak, Pembukaan: 5 cm, Kantong ketuban: (-) negatif, Bagian terendah kepala, Tidak ada molase, Turun hodge: II.

Jadi pada langkah kedua, tidak ada kesenjangan antara teori yang telah dikemukakan dengan praktek yang telah dilakukan.

4.1.3 Antisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi (Estiwidani dkk, 2008).

Berdasarkan data yang dikumpulkan pada tahap pengkajian, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada masalah potensial yang dapat terjadi pada Ny. A. N.

4.1.4 Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Estiwidani dkk,2008).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa tindakan segera dilakukan bila dalam pengkajian, ditemukan

adanya masalah potensial atau diagnosa potensial yang dapat terjadi pada ibu dan janin yang dikandung.

Berdasarkan teori diatas, maka tidak ada tindakan segera yang diberikan pada Ny.A. N. dengan alasan bahwa dalam pengkajian yang dilakukan, tidak ditemukan adanya masalah potensial yang mungkin terjadi.

4.1.5 Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan sesuai langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi (Estiwidani dkk, 2008).

Dukungan yang diberikan selama persalinan adalah menciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu, menghadirkan pendamping persalinan, mobilitas, pemberian informasi, teknik relaksasi, komunikasi dan dorongan semangat (Rohani dkk, 2011).

Asuhan kebidanan yang direncanakan kepada Ny. A. N didasarkan pada kebutuhan saat itu juga, yaitu Ny. A. N datang ke puskesmas Sikumana, untuk melahirkan, jadi perencanaan asuhan yang diberikan adalah menciptakan lingkungan yang nyaman bagi ibu, menghadirkan pendamping persalinan, pemberian informasi mengenai hasil pemeriksaan,

mengajarkan teknik relaksasi kepada ibu, komunikasi dan dorongan semangat. Jadi, tidak ada kesenjangan antara teori yang telah dikemukakan, dengan asuhan yang diberikan pada Ny. A. N.

4.1.6 Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Estiwidani dkk, 2008).

Pelaksanaan asuhan kebidanan telah dilakukan berdasarkan perencanaan asuhan yang telah dibuat. Pada pelaksanaan asuhan, dilakukan tugas kolaborasi, yaitu penulis bekerjasama dengan dokter dan bidan lainnya. Semua langkah pada Prosedur tetap 58 langkah APN dilaksanakan, tetapi proses persalinan tidak berjalan sesuai dengan yang direncanakan yaitu pada saat memimpin persalinan selama 2 jam tidak ada kemajuan persalinan.

Pada langkah ke VI ini terdapat kesenjangan antara teori dengan praktik yang dilakukan pada Ny. A. N, yaitu pelaksanaan tidak sesuai dengan perencanaan yang dibuat

dimana dalam memimpin persalinan selama 2 jam tetapi tidak terjadi kemajuan persalinan.

4.1.7 Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah (Estiwidani dkk, 2008). Menurut Kenneth 2009, hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi. Rencana tersebut dianggap efektif jika memang efektif dalam pelaksanaannya.

Perpanjangan kala II merupakan suatu keadaan dimana tidak terjadinya kemajuan persalinan ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) yang pada primipara berlangsung lebih dari 2 jam dan multipara berlangsung lebih dari 1 jam (Marisah dkk, 2011).

Evaluasi asuhan kebidanan pada Ny. A. N didasarkan pada pelaksanaan asuhan. Disini ditemukan adanya perpanjangan Kala II dimana pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) pada pukul 02.00 wita, tetapi belum terjadi persalinan selama 2 jam dipimpin mengedan untuk primigravida. Dan kolaborasi dengan dokter, dengan hasil pasang RL 500 cc dengan 20 tetes/menit

dan melakukan rujukan dengan intrapartal primigravida dengan perpanjangan Kala II ke RSUD. W. Z. Johannes Kupang.KU : lemah, Kesadaran : composmentis. dengan hasil TTV, TD : 130/80, Suhu : 36,8 °C, Nadi : 80 kali/menit, RR : 20 kali/menit dan hasil pemeriksaan DJJ 141 kali/menit. Hasil pemeriksaanLaboratorium kadar HB 9,8gr%. Sudah dilakukan kolaborasi dengan dokter, untuk pemberian tindakan. Dengan hasil kolaborasi yaitu drip oksitosin 20 IU dengan 20 tetes/menit (jam : 07.30 wita) untuk memperbaiki his. Observasi penurunan kepala untuk dilakukan ekstraksi Vakum. Dengan hasil observasi (dr. Kris) yaitu vt : v/v tidak ada kelainan, tidak ada oedema, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban (-), ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge III +. Penurunan kepala tidak memenuhi syarat untuk melakukan vakum ekstraksi. Melaporkan ulang dengan dokter tentang kemajuan persalinan yaitu tidak ada kemajuan persalinan setelah ibu dipimpin meneran \pm 1 stengah jam dan keadaan ibu lemah. Hasil kolaborasi dengan dokter yaitu Persalinan akan diakhiri dengan SC.Setelah drip oksitosin 20 IU (20tetes/menit) untuk memperbaiki his, dan direncanakan untuk vakum, dokter observasi tidak memenuhi persyaratan vakum, sehingga dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan kebutuhan, yaitu pada Ny. A. N dilakukan SC guna mencegah

terjadinya komplikasi pada ibu dan janin. Oleh karena itu, dalam kasus ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek yang dilakukan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan, intrapartal primigravida dengan perpanjangan Kala II di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana dan berdasarkan pembahasan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian data subyektif yang diperoleh adalah ibu sudah di pimpin mendedan selama ± 4 jam dan tidak ada kemajuan persalinan. Data obyektif yang di peroleh adalah pembukaan 10 cm kantong ketuban (-), kepala turun hodge III +.
2. Analisa masalah dan diagnosa yaitu intrapartal primigravida dengan perpanjangan Kala II.
3. Analisa masalah potensial yang mungkin terjadi adalah resiko terjadinya gawat janin dan atonia uteri.
4. Tindakan segera yang dapat diberikan pada intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II adalah kolaborasi dengan dokter dalam pemberian drip oksitosin untuk memperbaiki his yang tidak adekuat. Dan pasang oksigen 4 liter/menit untuk mencegah terjadinya gawat janin.
5. Perencanaan yang diberikan pada intrapartal primigravida dengan perpanjangan Kala II adalah untuk melahirkan menggunakan bantuan sehingga tidak membahayakan kondisi ibu dan janin.

6. Pelaksanaan yang diberikan pada intrapartal primigravida dengan perpanjangan Kala II tidak selamanya harus dilakukan dengan bantuan vakum ekstraksi sesuai dengan prosedur. Setiap tindakan yang dilakukan harus berdasarkan indikasi yang tepat, sehingga dapat meminimalkan resiko komplikasi yang mungkin terjadi.
7. Evaluasi pada intrapartal primigravida dengan perpanjangan Kala II adalah tindakan yang telah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai rencana pada tahap pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan ini. Asuhan kebidanan ini, dibuat berdasarkan diagnose yang ditegakkan dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong menemukan hambatan, tetapi karena adanya kerjasama dan penerimaan yang baik dari pasien dan keluarga yang kooperatif serta adanya sarana dan fasilitas yang mendukung dalam pelaksanaan tindakan. Dan pada kasus ini telah dilaksanakan penanganan persalinan dengan tindakan SC.
8. Pada kasus intrapartal primigravida perpanjangan Kala II tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik yang terjadi di lapangan. Karena his yang kurang adekuat, maka di berikan infuse oksitosin 20 IU (20 tetes/ menit). Dimana karena tidak adanya kemajuan persalinan setelah dipimpin \pm 1 jam mencedan tetapi tidak terjadi persalinan atau keluarnya bayi, sehingga drip oksitosin dihentikan dan dan persiapan SC dikondisikan dengan keadaan ibu.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi institusi pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat menggunakan studi kasus ini sebagai referensi bagi mahasiswa tentang asuhan kebidanan pada Intrapartal Primigravida dengan Perpanjangan Kala II.

5.2.2 Bagi Peneliti

Diharapkan peneliti lebih memahami asuhan Kebidanan pada Intrapartal dengan Perpanjangan Kala II.

5.2.3 Bagi tempat penelitian

Diharapkan dengan adanya kasus ini dapat menjadi gambaran informasi sehingga dapat meningkatkan manajemen asuhan kebidanan pada ibu Intrapartal perpanjangan Kala II.

5.2.4 Bagi masyarakat

Diharapkan dengan adanya kasus ini masyarakat khususnya ibu-ibu hamil lebih lagi meningkatkan kunjungan antenatal agar mendeteksi dini komplikasi-komplikasi yang akan terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Eniyati, Sholihah Afifi, 2013. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Patologi, Yogyakarta ;Pustaka Pelajar.
- Marmi, Suryaningsih A. Retno Murti, Fatmawati Eny, 2011. Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta; Pustaka Pelajar.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010/2009. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta; Yayasan Bina Pustaka.
- Oxorn, Harry dan Forte, William. 2010. Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan.
- Mochtar, Rustam. 1998. Sinopsis Obstetrik Ed. 2. Jakarta; EGC.
- Sumarah, Widyastuti, Nining, 2009. Perawatan Ibu Bersalin. Yogyakarta; Fitramaya.
- Simkin Penny, Ancheta Ruth, 2005. Buku Saku Persalinan. Jakarta; EGC.
- Nugroho, Taufan. 2014. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta; Nuha Medika.
- Asri, Dewi. 2012. Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta; Nuha Medika.
- Hidayat, Asri. 2010. Asuhan Kebidanan Persalinan. Yogyakarta; Nuha Medika.
- Marisah, Reni Saswita, Rohani. 2011. Asuhan kebidanan masa persalinan. Jakarta; Salemba Medika.
- Manuaba Gde Bagus Ida. 2001/2003. Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetric Ginekologi dan KB. ECG.

- Purwoastuti, E dan Walyani, S.E, 2015. Ilmu obstetrik dan ginekologi sosial untuk kebidanan. Yogyakarta; Pustakabarupress.
- Purwaningsih, W dan Fatmawati, S. 2010. Asuhan Keperawatan Maternitas. Yogyakarta; Nuha Medika.
- Nurasiah, Ai dan Rukmawati, Ani. 2012. Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan. Bandung; PT Refika Aditama.
- Nungraheny, E. 2010. Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta; Pustaka Rihama.

Lampiran 1**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth,

Calon Responden Penelitian Mahasiswa Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

di – Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswa jurusan kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang angkatan VI, akan melakukan penelitian tentang “ ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DENGAN PERPANJANGAN KALA II DI Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana, tanggal 13 – 17 JULI 2016 “.

Untuk maksud tersebut saya minta kesediaan ibu untuk menjawab setiap pertanyaan yang akan diajukan dan saya menjamin kerahasiaan identitas ibu dan informasi yang diperoleh.

Atas Partisipasi Ibu dan kesediaan ibu untuk menjawab pertanyaan yang diajukan sangat saya hargai dan atas kerjasamanya saya ucapkan Terima Kasih.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Primigravida Dengan
Perpanjangan Kala II Di Ruangan Bersalin Puskesmas
Sikumana, Tanggal 14 – 17 Juli 2016

Peneliti : Selviana Dahu

Menerangkan bahwa saya diminta untuk turut berpartisipasi dalam penelitian ini guna untuk menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan dari penelitian ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga privasi saya. bila saya merasa tidak nyaman saya berhak untuk mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian persetujuan ini dibuat secara sukarela tanpa unsur paksaan dari pihak manapun dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 17 Juli 2016

Responden

**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA
DENGAN PERPANJANGAN KALA II DI RUANG BERSALIN
PUSKESMAS SIKUMANA TANGGAL 13-17 JULI 2016**

I. PENGKAJIAN

Tgl pengkajian : 13 – 07- 2016 Tanggal MRS : 13/07/2016

Jam : 22.00 WITA No. MR : -

Oleh mahasiswa : SELVIANA DAHU

A. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama pasien : Ny. A.N	Nama suami : Tn. P. M
Umur/tgl lahir : 23 tahun	Umur/tgl lahir : 24 tahun
Agama : K. Protestan	Agama : K. Protestan
Pendidikan : SD	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Swasta
Suku/bangsa: Timor/Indonesia	Suku/bangsa : Timor/Indonesia
Alamat : Sikumana	Alamat : Sikumana

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan mau melahirkan, hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, kehamilan sudah 9 bulan, sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah, sejak tanggal 13 Juli 2016 pukul 14.00 wita, keluar lendir bercampur darah dari

jalan lahir sejak tanggal 13 Juli 2016 pukul 19.00 wita
serta keluar air-air dari jalan lahir dari sejak tanggal 13 Juli
2016 pukul 21.30 wita

3. Riwayat Menstruasi

Menarche : 12 tahun
Siklus : 28-30 hari
Lamanya : 3-4 hari
Sifat darah : encer
Banyaknya : 3 kali ganti pembalut/hari
HPHT : 02-10-2015

4. Riwayat Menikah

Status pernikahan : Syah
Lamanya menikah : 1 tahun
Umur pada saat nikah : 22 tahun

ZZZ

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Dan Nifas Yang Lalu

No.	Tgl/ Thn Persalinan	UK	Penolong	Tempat	Penyulit	Keadaan Bayi				Ket
						LH/ LM	JK	BB	PB	
1.	INI	G1	P0	A0						

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

1) Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir :

Ibu mengatakan pergerakan janin lebih dari 10 kali

2) ANC : 8 Kali,

Di Puskesmas Sikumana.

3) HPHT : 02 – 10 – 2015,

TP : 09 – 07 – 2016

4) Imunisasi TT1 : 27-01-2016

TT2 : 24-02-2016

5) Keluhan selama hamil : pusing, mual.

6) Obat yang dikonsumsi selama hamil

SF (1x1), Vitamin C(1x1), Kalk(1x1).

7) Tanda – tanda bahaya : Tidak Ada

7. Riwayat kesehatan

Penyakit yang pernah diderita :

1) Jantung : Tidak pernah

2) Hipertensi : Tidak pernah

3) Hepatitis : Tidak pernah

4) Jiwa : Tidak pernah

5) Campak : Tidak pernah

6) Malaria : Tidak pernah

7) HIV/AIDS : Tidak pernah

8) Lain – lain : Tidak ada

9) Pernah Operasi : Tidak pernah

8. Riwayat Penyakit Keluarga Yang Pernah Diderita

Keluarga

- 1) Jantung : Tidak ada
- 2) Hipertensi : Tidak ada
- 3) Hepatitis : Tidak ada
- 4) Jiwa : Tidak ada
- 5) Campak : Tidak ada
- 6) Malaria : Tidak ada
- 7) HIV/AIDS : Tidak ada
- 8) Lain – lain : Tidak ada
- 9) Pernah Operasi : Tidak pernah
- 10) Keturunan Kembar : Tidak ada

9. Riwayat Keluarga Berencana

- 1) KB yang pernah digunakan : Tidak Pernah
- 2) Lamanya : -
- 3) Efek samping : -
- 4) Alasan berhenti : -

10. Latar Belakang Budaya

- 1) Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan
- 2) Pantangan makanan : Tidak ada
- 3) Kepercayaan yang berhub. dgn persalinan: Tidak ada
- 4) Kepercayaan yang berhub. dgn Nifas : Tidak ada

11. Keadaan psikososial dan Sosial Ekonomi

- 1) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini
: Ibu dan keluarga senang dengan kehamilan ini
- 2) Dukungan dari keluarga : Baik, Suami selalu mendampingi ibu untuk memeriksakan kehamilannya di Puskesmas
- 3) Kehamilan ini direncanakan : Ya, direncanakan.
- 4) Jenis persalinan yang diharapkan : Normal
- 5) Pengambilan keputusan dalam keluarga : Bersama
- 6) Tempat Rujukan jika terjadi komplikasi : RSUD.W.Z JOHANNES Kupang.

12. Diet / Makanan

- 1) Jenis makanan pokok : Nasi
- 2) Porsi : 1 piring
- 3) Frekuensi makan : 3 kali/ hari
- 4) Lauk pauk : Ikan,tempe,tahu, telur, daging
- 5) Minum air dan susu : Susu 2 gelas / hari (pagi dan sore) , air putih 7 – 8 gelas/hari.
- 6) Keluhan : Tidak ada

13. Pola Istirahat / Tidur

- 1) Tidur siang : 1 – 2 jam / hari
- 2) Tidur malam : 7 – 8 jam / hari

3) Keluhan : Tidak ada

14. Pola Eliminasi

1) BAK

- a) Frekuensi : 5 – 6 kali/hari
- b) Warna : Kuning dan pelsing
- c) Keluhan : Tidak ada

2) BAB

- a) Frekuensi : 1 kali/hari
- b) Warna : Kuning dan khas feses
- c) Keluhan : Tidak ada

15. Kebersihan Diri

- 1) Mandi : 2 kali/hari
- 2) Sikat gigi : 2 kali / hari
- 3) Ganti pakaian dalam : 2 kali / hari
- 4) Ganti pakaian luar : 2 kali/hari
- 5) Keramas rambut : 3 kali/ minggu
- 6) Perawatan payudara : Tidak dilakukan

16. Riwayat Seksual

Perilaku hubungan seksual selama hamil :

- 1) Trimester I : Tidak Pernah
- 2) Trimester II : Pernah 1 kali
- 3) Trimester III : Pernah 1 kali

17. Kebiasaan Hidup

- 1) Merokok : Tidak pernah
- 2) Miras : Tidak pernah
- 3) Konsumsi obat terlarang : Tidak pernah
- 4) Minum kopi : Tidak pernah

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) Bentuk tubuh : Lordosis
- 4) Ekspresi wajah : Tampak kesakitan saat his
- 5) Tanda – tanda vital :
 - TD : 120/80 mmHg
 - Nadi : 82 x/ mnt
 - Suhu : 36,6 ° C
 - RR : 20 x / mnt
- 6) Tinggi badan : 160 cm
- 7) BB sebelum hamil : 53 kg
- 8) BB sesudah hamil : 65 kg
- 9) LILA : 25,2 cm

2. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

- a) Kepala : Tidak ada kelainan

b) Rambut : Bersih, tidak ada ketombe, tidak rontok

c) Wajah :

Bentuk : Bulat

Pucat : Tidak Ada

Cloasma gravidarum : Tidak Ada

Oedema : Tidak ada

d) Mata : Konjungtiva Merah Muda,
Sklera Putih

e) Mulut dan Gigi :

Mukosa bibir lembab, ada karies dan karang gigi

f) Leher :

Adakah pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada

Adakah pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Adakah pembendungan vena jugularis : Tidak ada

g) Dada

Bentuk : Simetris

Mamae

Bentuk : Simetris, membesar

Areola : Hiperpigmentasi ki / ka +/-

Puting susu : Menonjol

h) Abdomen

Bentuk : Membesar sesuai usia kehamilan

Linea nigra : Ada

Strielivide : Ada

Bekas luka operasi : Tidak ada

i) Vulva dan Anus

Bentuk : Normal, tidak ada kelainan

Pengeluaran pervaginam : Belum ada

Varises : Tidak ada

Hemoroid : Ada

Oedema : Tidak ada

Fluor Albus : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

j) Ekstremitas

Bentuk : Simetris

Varises : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

2) Palpasi

2. Leopold I : TFU 3 jari dibawah px, pada fundus teraba lunak, agak bundar dan tidak melenting (bokong).

3. Leopold II : pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung), pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin (PU-KI).
4. Leopold III : pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak dapat digoyangkan (kepala).
5. Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (divergen), penurunan kepala 3/5.

Mc. Donald : 30-12x155 cm TBBJ : 2790 gram.

Kontraksi :

3 kali dalam 10 menit lamanya 20 – 30 detik, kuat dan teratur, kandung kemih kosong.

3) Auskultasi

DJJ + terdengar keras, kuat dan teratur dengan frekuensi 143x/menit.

4) Perkusi

Tidak dilakukan

3. Pemeriksaan dalam

Tanggal : 13-07-2016 , Jam : 22.00 wita

Oleh : Bidan Novi + Mahasiswa Selvi

Vulva : Tidak ada oedema

a. Vagina : Tidak ada kelainan

- b. Portio : Tipis, Lunak.
- c. Pembukaan : 5 cm
- d. Kantong ketuban : (-) negatif
- e. Bagian terendah : Kepala
- f. Posisi : Ubun-ubun kecil kanan depan
- g. Molase : Tidak Ada
- h. Turun Hodge : II

4. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

1) Urine

Reduksi : Tidak dilakukan

Albumin : Tidak dilakukan

2) Darah

HB : Tidak dilakukan

Gol Darah : Tidak dilakukan

5. Pemeriksaan Khusus.

USG : Tidak dilakukan

Rontgen : Tidak dilakukan

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnosa	Data Dasar
<p>Diagnosa :</p> <p>G1P0Ao, Uk 40-41 minggu, inpartu Kala I fase aktif.</p>	<p>Data Subyektif</p> <p>Ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, haid terakhir 02-10-2015, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir masih dirasakan sering dan aktif. Ibu mengatakan sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 13.00 wita, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 15.00 wita, serta sudah keluar air-air dari pukul 19.00 wita. Pada pukul 22.00 wita pasien masuk di Puskesmas Sikumana.</p> <p>HPHT : 02-10-2015</p> <p>Data Obyektif</p> <p>TP : 09-07-2016</p> <p>Pemeriksaan umum : Keadaan umum : lemah, Kesadaran : composmentis, Ekspresi wajah : tampak meringis kesakitan, TTV : TD : 120/80 mmHg, Suhu : 36,7 °C, Nadi : 80x/menit, RR : 20x/menit. Pemeriksaan fisik : Inspeksi : Kepala : tidak ada benjolan, rambut bersih dan</p>

	<p>tidak rontok, Wajah : bulat, tidak pucat dan tidak oedema, Mata : simetri, Konjungtiva : merah muda, sclera tidak ikterik, Mammae : membesar, puting susu menonjol, hyperpigmentasi pada areolla mammae, colostrum sudah ada, Abdomen : tidak ada bekas luka operasi, Kontraksi uterus : menurun, TFU 3 jari dibawah PX, kandung kemih kosong, Genitalia : tidak oedema dan ada pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir, Ekstremitas : tidak ada oedema dan varises. Palpasi : Payudara : tidak ada masa dan nyeri tekan, colostrum kiri/kanan positif, Abdomen : TFU 3 jari dibawah px, pada fundus teraba lunak, agak bundar dan tidak melenting (bokong), Leopold II : pada perut ibu bagian kiri teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung), pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin (PU-KI), Leopold III : pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak dapat digoyangkan (kepala), Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (divergen), penurunan kepala 3/5, Mc. Donald : 30-12x155</p>
--	---

	<p>cm TBBJ : 2790 gr, His 3 kali dalam 10 menit lamanya 20-30 detik. Auskultasi DJJ + terdengar keras, kuat dan teratur dengan frekuensi 143x/menit. Perkusi : Tidak dilakukan. Pemeriksaan dalam dilakukan pada tanggal 13-07-2016, Jam : 22.00 wita, Oleh : bidan, dengan hasil Vt : v/v tidak ada kelainan, tidak ada oedema, porsio tipis lunak, pembukaan 5 cm, kantong ketuban (-), ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge II.</p>
--	---

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 13-07-2016

Jam : 22.00 wita

Diagnosa : Ibu G1P0A0, UK 40-41 minggu, inpartu kala I fase aktif

1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.
R/ Informasi yang jelas merupakan hak ibu, agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan
2. Observasi TD tiap 4 jam, suhu tiap 2 jam, DJJ tiap 30 menit, His tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit, urin tiap 2 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala tiap 4 jam atau bila ada indikasi.
R/ Catat di lembar observasi dan lembar depan partograf sebagai indicator untuk dapat mengindikasikan tanda-tanda patologis yang mungkin terjadi.
3. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
R/ Lingkungan yang aman dan nyaman menjaga privasi ibu termasuk asuhan sayang ibu.
4. Anjurkan ibu tidur dengan posisi yang nyaman seperti posisi miring kiri atau miring kanan dan posisi telentang tetapi posisi telentang tidak boleh lebih dari 10 menit.
R/ Tidur miring mengurangi tekanan pada vena kava inferior, sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O_2 dari ibu ke janin
5. Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi
R/ Makan dan minum yang cukup selama persalinan memberi energi dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi.
6. Libatkan keluarga dalam proses persalinan.

R/ Agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendampingi ibu.

7. Anjurkan suami dan keluarga agar selalu mendampingi ibu selama persalinan.

R/ Sebagai asuhan sayang ibu dan untuk membantu memberikan ibu minum.

8. Lakukan masase pada daerah lumbal (pinggang) pada saat his

R/ Merangsang saraf pusat agar rangsangan nyeri berkurang.

9. Anjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut.

R/ Menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut merupakan salah satu teknik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.

10. Berikan dukungan moril pada ibu

R/ Rasa khawatir dan cemas dapat menambah rasa sakit.

11. Siapkan alat dan bahan sesuai saff

R/ Persiapan alat dan bahan yang lengkap memudahkan dalam proses persalinan.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 13-07-2016

Jam : 22.00 wita

Diagnosa : Ibu G1P0A0, UK 40-41 minggu, inpartu Kala I fase aktif.

No.	Pelaksanaan	Paraf
1.	<p>Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, keadaan umum ibu baik, TTV dalam batas normal, kondisi janin baik, letak janin normal, DJJ normal dan sebentar lagi sudah waktunya ibu akan melahirkan.</p> <p>M/ Ibu merasa senang dan mengerti dengan hasil pemeriksaan.</p>	
2.	<p>Mengobservasi TD tiap 4 jam, suhu tiap 2 jam, DJJ tiap 30 menit, His tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit, urin tiap 2 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala tiap 4 jam atau bila ada indikasi. TD: 120/80 mmHg, S: 36,6°C, N: 82x/mnt, HIS: 2 kali dalam 10 menit, lamanya 20 - 30 detik. DJJ : 143 x/menit dan kandung kemih kosong. Hasil observasi Pukul : 22.00 wita, oleh : Bidan dengan hasil Vt : v/v tidak ada kelainan, tidak ada oedema, porsio teraba tipis lunak, pembukaan 5 cm kk (-), letak kepala, ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge II. Observasi his dan DJJ tiap 30 menit yaitu pukul 22.30 wita : his 3x dalam 10 menit lamanya 25-35 detik, DJJ 132x/menit, pukul 23.00 wita : 3x dalam 10 menit lamanya 35-40 detik, DJJ 135x/menit, pukul</p>	

	<p>23.30 wita : 3x dalam 10 menit lamanya 35-40 detik, DJJ 132x/menit, pukul 24.00 wita : 3x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 130x/menit, pukul 00.30 wita : 3x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 132x/menit, pukul 01.00 wita : 3x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 139x/menit, pukul 01.30 wita : 3x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 146x/menit, pukul 02.00 wita : 3x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 143x/menit dan hasil Vt : v/v tidak ada kelainan, tidak ada oedema, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm kk (-), letak kepala, ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge III.</p> <p>M/ Mencatat hasil pemeriksaan dalam lembar observasi. Hasil pemeriksaan selanjutnya tercatat dalam lembar partograf.</p>	
3.	<p>Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman.</p> <p>M/ Sampiran terpasang, pintu tertutup.</p>	
4.	<p>Menganjurkan ibu tidur dengan posisi yang nyaman seperti posisi miring kiri atau miring kanan dan posisi telentang tetapi posisi telentang tidak boleh lebih dari 10 menit.</p> <p>M/ Ibu mengerti dan melakukan anjuran yang di berikan.</p>	
5.	<p>Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada his.</p> <p>M/ Ibu sudah makan nasi $\frac{1}{2}$ porsi dan minum 1 putih $\frac{1}{2}$ gelas dan teh panas $\frac{1}{2}$ gelas.</p>	
6.	<p>Menganjurkan suami dan keluarga agar selalu mendampingi ibu selama persalinan.</p>	

	M/ Suami dan keluarga mendampingi ibu saat proses persalinan berlangsung.	
7.	Melibatkan keluarga dalam proses persalinan, dengan cara suami atau keluarga berada disamping ibu. M/ Agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendampingi ibu.	
8.	Melakukan masase pada daerah lumbal (Punggung) saat his. M/ Keluarga membantu ibu melakukan masase	
9.	Menganjurkan ibu menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut. M/ Ibu dapat melakukan sesuai anjuran	
10.	Memberikan dukungan moril pada ibu M/ Ibu merasa tenang karena didampingi oleh suami dan keluarga.	

11. Menyiapkan alat dan bahan sesuai saff.

SAFF I	SAFF II	SAFF III
Partus set berisi : klem steril 1 pasang, gunting tali pusat 1 buah, kasa secukupnya, pengikat tali pusat, handscoen 2 pasang, ½ koher 1 buah. Hecting set berisi : pingset 2 pasang, nalfuder 1 buah, kasa 6 buah, handscoen 1 pasang, jarum hecting 1	<ul style="list-style-type: none"> • Tempat plasenta • Tensi meter • Stethoscope • Wadah berisi larutan clorin 0,5 % • Sarung tangan steril dan keteter steril • Thermometer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perlengkapan ibu • Perlengkapan bayi • Infuse set • Plastik pakaian kotor • peralatan APD (topi, masker, kacamata, celemek, sarung tangan, dan sepatu boot).

buah, benang catgut chromic , gunting benang 1 buah. Kapas sublimat, air DTT, handzanitizer, obat-obatan: oxytosin 1 ampul, aquades steril, spuit 3 cc, 5 cc, 10 cc, clorin spray, korentang pada tempatnya.		
--	--	--

VII. Evaluasi/Catatan Perkembangan

Tanggal : 13-07-2016

Jam : 22.00 wita.

Diagnosa : G1 P0 A0, UK 40-41 minggu, inpatu Kala I fase aktif.

S : Ibu mengatakan sudah merasa lelah karena telah berusaha mendedan tetapi bayinya belum keluar.

O : KU : lemah

Kesadaran : composmentis.

Ibu sudah dipimpin selama 2 jam tidak ada kemajuan persalinan, bayi belum lahir.

Jam : 05.30 wita, his 3 x dalam 10 menit lamanya 40 detik, DJJ 130 x/menit, infus RL 20 tetes/menit.

Pemeriksaan dalam VT : v/v tidak ada kelainan, tidak ada oedema, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm,

kantong ketuban (-), ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge III.

A : Ny. A. N Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II.

P : Kolaborasi dengan dokter tentang kemajuan persalinan dan keadaan ibu untuk penanganan selanjutnya. Hasil kolaborasi siapkan rujukan ke RSUD. W. Z. Johannes Kupang.

I :

2. Tanggal 14-07-2016 Jam : 06 00 wita, pasien dirujuk ke RSUD. W. Z. Johannes Kupang.

CATATAN PERKEMBANGAN

NO.	HARI/ TANGGAL	JAM	CATATAN PERKEMBANGAN
1.	Kamis, 14-07-2016	06.30 Wita	<p>Subyektif :</p> <p>Ibu mengatakan sudah merasa lelah karena telah berusaha mengedan tetapi bayinya belum keluar.</p> <p>Obyektif :</p> <p>KU : lemah, his 3 x dalam 10 menit lamanya 40 detik, DJJ 132 x/menit, VT : v/v tidak ada kelainan, tidak ada oedema, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban (-), ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge III +.</p> <p>Asessment :</p> <p>Intrapartal Primigravida dengan perpanjangan Kala II.</p> <p>Penatalaksanaan :</p>
		07.00	<p>1. Mengobservasi TTV dan DJJ dengan hasil TD : 130/80, Suhu : 36,8 °C, Nadi : 80 kali/menit, RR : 20 kali/menit dan hasil pemeriksaan DJJ 141 kali/menit.</p> <p>M/Hasil TTV ibu dalam batas normal.</p>
		07.05 Wita	<p>2. Mengambil darah untuk pemeriksaan Hemoglobin.</p> <p>M/Hasil Laboratorium kadar HB 9,8gr%.</p>
		07.10 wita	<p>3. Melakukan kolaborasi dengan dokter, untuk pemberian tindakan. Dengan hasil kolaborasi yaitu drip oksitosin 20 IU dengan 20 tetes/menit (jam : 07.30 wita)</p>

			<p>untuk memperbaiki his.</p> <p>M/ Drip oksitosin 20 IU dengan 20 tetes/menit sudah terpasang.</p>
		07.40 Wita	<p>4. Mengobservasi penurunan kepala untuk dilakukan ekstraksi Vakum. Dengan hasil observasi (dr. Kris) yaitu vt : v/v tidak ada kelainan, tidak ada oedema, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban (-), ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge III +.</p> <p>M/ penurunan kepala belum memenuhi syarat untuk dilakukan vakum ekstraksi.</p>
		08.00 Wita	<p>5. Memimpin ibu untuk meneran disaat ada his/kontaksi yang adekuat, dan mengajarkan ibu cara mengedan yang baik yaitu kedua tangan merangkul paha sampai siku, dagu menempel didada, dan mata tetap terbuka dan pandangan lurus kedepan atau kearah perut ibu.</p> <p>M/ Tidak ada kemajuan persalinan</p>
		08.30 Wita	<p>6. Melaporkan ulang dengan dokter tentang kemajuan persalinan yaitu tidak ada kemajuan persalinan setelah ibu dipimpin meneran \pm 1 stengah jam dan keadaan ibu lemah. Hasil kolaborasi dengan dokter yaitu persalinan diakhiri dengan SC.</p> <p>M/ Persalinan akan diakhiri dengan SC.</p>
		08.35 Wita	<p>7. Menjelaskan kepada suami dan keluarga tentang indikasi dilakukan SC,</p>

			<p>yaitu setelah didrip oksitosin 20 IU (20 tetes/menit) dan dipimpin untuk mendedan \pm 1 stengah jam, tetapi tidak ada kemajuan persalinan dan kepala masih tinggi, jadi tidak bisa dilakukan ekstraksi vakum.</p> <p>M/ Suami dan keluarga sudah mengetahui indikasi dilakukan SC.</p>
		08.38 Wita	<p>8. Meminta keluarga untuk menandatangani inform consent.</p> <p>M/ Suami sudah menandatangani Inform Consent</p>
		08.40 Wita	<p>9. Mempersiapkan untuk operasi</p> <p>Persiapan pre-operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persiapan diruang VK <p>Persiapan untuk ibu :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengganti pakaian ibu dengan pakaian operasi. ▪ Memasang infus RL kosong 500 cc (20 tetes/menit). ▪ Melakukan skin test dan pemberian injeksi antibiotik yaitu cefotaxime 2 gram pada pukul : 08.40 wita. <ul style="list-style-type: none"> - Persiapan untuk ibu ▪ Pukul 08.30 wita pasang infus RL dan jalan lancar, pukul 08.40 wita injeksi antibiotik cefotaxime 2 gram (skin test negatif).

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kemudian pasang dower kateter . ▪ Pukul 09.30 wita pasien masuk OK ▪ Pukul 11.45 wita, pasien keluar dari OK dalam keadaan sadar, terpasang infus RL drip oxytosin (10 IU, 16 tetes/menit), terpasang infus D5 analgetik 500 cc (16 tetes/menit), dower kateter terpasang baik urin tertampung (200 cc). Keadaan umum ibu baik, TD : 110/80 mmHg, nadi : 80 x/menit, suhu : 36,6⁰c, respirasi : 19x/menit, TFU sepusat, lochea (+), ibu segera di pindahkan ke ruang nifas (flamboyan).
		12.00 wita	<p>10. Mengobservasi keadaan umum ibu TTV : TD : 120/80 mmHg, Nadi : 80 kali/menit. Suhu : 37⁰c, RR : 20 kali/menit.</p> <p>M/ keadaan umum ibu baik dan TTV dalam batas normal.</p>
		12.30 Wita	<p>11. Mengobservasi luka bekas jahitan, apabila basah atau berdarah, ganti dengan kasa kering.</p> <p>M/ sudah dilakukan penggantian kasa pada luka jahitan.</p>
		12.35 Wita	<p>12. Mengobservasi pengeluaran pervaginam, dengan memeriksa lochea</p>

2.	Jumat, 15-07-2016	12.37 Wita	rubra (± 20 cc).
		12.40 Wita	13. Mengobservasi in take dan output ibu. M/infus RL oksitosin 10 IU (300cc), infus D5 analgetik (400cc) dan urine yang tertampung (200cc).
		17.40 Wita	14. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini, yaitu dengan menggerakkan kaki dan tangan serta jari-jari. M/ Ibu sudah bisa menggerakkan kaki dan tangan serta jari-jari, dan belum bisa untuk tidur miring.
		18.00 Wita	15. Melayani injeksi cefotaxime 1mg.
		06.30 Wita	Evaluasi : Tanggal : 14-07-2016 Inpartu perpanjangan Kala II dengan tindakan SC. Bayi lahir hidup, jenis kelamin : laki-laki, BB : 2900 gram, PB : 49 cm, LK : 33 cm, LD : 32 cm, LP : 30 cm. Subyektif : Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah dan nyeri luka operasi berkurang. Obyektif : KU : Baik Kesadaran : Composmentis Mengobservasi TTV : TD : 110/70 mmHg Nadi : 82 x/menit S : 36,7 ⁰ c RR : 19 x/menit ASI : kanan/kiri +/- TFU : 2 jadi dibawah pusat, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong. Assesment :

			P1A0AH1, post SC 2 hari atas indikasi perpanjangan Kala II.
07.00			Penatalaksanaan :
Wita			1. Memberi ibu makan dan minum pagi. M/ Ibu sudah makan bubur 1 piring, sayur 1 mangkok kecil, ikan 1 potong serta minum 1 gelas air putih.
07.20			
Wita			2. Memberikan ibu terapi obat sesuai dosis yaitu : 1) Asam mefenamat 1 x 500 mg. 2) Cefotaxime 1 x 500 mg 3) Complex 1 x 50 mg
08.00			M/ Ibu sudah minum obat sesuai dosis.
Wita			3. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur. M/ Ibu sudah istirahat teratur dengan tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam per hari.
08.05			
Wita			4. Mengajarkan ibu untuk melakukan mobilisasi.
10.00			M/ Ibu sudah bisa miring kiri dan kanan.
Wita			5. Mengikuti visite dokter yaitu terapi oral dilanjutkan dan aff kateter.
11.30			M/ Kateter sudah dilepaskan
Wita			6. Melayani injeksi cefotaxime 1mg
11.35			
Wita			7. Membantu ibu menggantikan pembalut.
12.00			M/ Ibu sudah merasa lebih nyaman.
Wita			8. Mengobservasi TTV : TD : 120/70 mmHg Nadi : 84 x/menit S : 36,9 ⁰ c RR : 18 x/menit

3.	Sabtu, 16-07-2016	12.30	M/TTV ibu dalam batas normal.
		Wita	9. Memberi ibu makan siang. M/Ibu sudah makan bubur 1 piring, sup 1 mangkok kecil, ikan dan tempe 1 potong.
		12.40	
		Wita	10. Memberikan ibu terapi obat sesuai dosis yaitu : Asam mefenamat 1 x 500 mg.
		15.25	M/ Ibu sudah minum obat sesuai dosis.
		Wita	11. Mengganti cairan infus RL dan D5 analgetik tetap terpasang.
		17.30	
		Wita	12. Aff infus D5 analgetik karena habis, dan membantu ibu menggantikan pembalut.
		06.00	
		Wita	Subyektif : Ibu mengatakan nyeri pada luka operasi. Obyektif : KU : Baik Kesadaran : composmentis. Mengobservasi TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 80 x/menit S : 36,8 ⁰ c RR : 19 x/menit ASI : kanan/kiri +/- TFU : 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong. Lochea : rubra Assesment : P1A0AH0, post SC 3 hari atas indikasi perpanjangan Kala II.
		06.00	Penatalaksanaan :
		Wita	1. Membantu ibu untuk menggantikan pembalut dan lap ibu dengan air hangat.
		06.40	M/ Ibu sudah merasa nyaman

4.	Minggu, 17-07-2016	Wita	4. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi untuk membantu mempercepat proses penyembuhan luka operasi. M/Ibu sudah makan makanan yang bergizi.
		07.00 Wita	5. Memberi ibu makan dan minum pagi. M/Ibu sudah makan bubur 1 piring, ikan 1 potong, dan sayur 1 mangkuk.
		07.20 Wita	6. Memberikan ibu terapi obat sesuai dosis yaitu :
		10.00	1) Asam mefenamat 1 x 500 mg. 2) Cefotaxime 1 x 500 mg 3) B. Complex 1 x 50 mg
		Wita	7. Mengikuti viside dokter, dokter mengatakan sudah bisa aff infus.
		10.10	M/Infus sudah dilepas.
		Wita	8. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur. M/Ibu sudah istirahat yang cukup dan teratur.
		10.15 Wita	9. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi. M/Ibu sudah bisa miring kiri dan kanan, duduk, dan ibu juga sudah bisa berjalan sendiri ke kamar mandi.
		06.25 Wita	Subyektif : Ibu mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang.
			Obyektif : KU : Baik Kesadaran : composmentis. Mengobservasi TTV :

			<p>TD : 110/70 mmHg Nadi : 80 x/menit</p> <p>S : 36,8⁰c RR : 19 x/menit</p> <p>ASI : kanan/kiri +/-</p> <p>TFU : 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.</p> <p>Lochea : rubra</p> <p>Assesment :</p> <p>P1A0AH0, post SC 3 hari atas indikasi perpanjangan Kala II.</p> <p>Penatalaksanaan :</p>
		06.40 Wita	<p>1. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi, sehingga mempercepat proses penyembuhan luka operasi.</p> <p>M/Ibu sudah makan makanan yang bergizi.</p>
		07.00 Wita	<p>2. Memberikan ibu makan dan minum pagi.</p> <p>M/Ibu sudah makan nasi 1 piring, sayur 1 mangkok, ikan 1 potong dan tempe 1 potong.</p>
		07.20 Wita	<p>3. Memberikan ibu terapi obat sesuai dosis yaitu :</p> <p>1) Asam mefenamat 1 x 500 mg.</p> <p>2) Cefotaxime 1 x 500 mg</p> <p>3) B. Complex 1 x 50 mg</p>
		08.00 Wita	<p>4. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur.</p> <p>M/Ibu sudah istirahat sesuai yang dianjurkan.</p>
		09.00 Wita	<p>5. Mengikuti visite dokter, dan dokter mengatakan pasien sudah bisa pulang hari ini.</p>

		10.00 Wita	<p>M/Ibu dan keluarga senang karena pulang dalam keadaan sehat.</p> <p>6. Merawat luka operasi dengan menggantikan perban, dan menganjurkan ibu untuk datang kontrol ulang 3 hari lagi yaitu tanggal 20-07-2016.</p> <p>M/Ibu mengerti dan bersedia kontrol ulang pada tanggal 20-07-2016.</p>
--	--	---------------	--

Lampiran 5

DOKUMENTASI KUNJUNGAN RUMAH



